ROK III WARSZAWA 1929 MAJ ZESZYT V

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

OD REDAKCJI.

Spełniając zamiar wyrażony w styczniowym zeszycie „Wiedzy Lekarskiej" ogłasza Redakcja

KONKURS

na najlepszą pracę lekarską napisaną na temat dowolny, lecz uwzględniającą w pierwszym rzędzie potrzeby lekarza praktyka.

Sąd konkursowy składać się będzie z profesorów i docentów Uniwersytetu Warszawskiego i wyda swą opinję 28 lutego 1930 r.

WARUNKI KONKURSU:

1. Ubiegać się o nagrodę mogą jedynie lekarze, obywatele polscy, całoroczni prenumeratorzy „Wiedzy" z wyjątkiem: stałych współpracowników „Wiedzy", oraz lekarzy, pracujących w szpitalach i klinikach miast uniwersyteckich.

2. Praca musi być oryginalna, oparta na własnych spostrzeżeniach i doświadczeniach, uwzględniająca obok własnych spostrzeżeń i wniosków także i piśmiennictwo polskie, a podług możności i obce, zwłaszcza francuskie. Praca powinna uwzględniać przedewszystkiem potrzeby lekarza praktyka, bądź to w dziedzinie zapobiegania cho-

robom, bądź ich rozpoznawania, bądź też lecznictwa, lub we wszystkich tych dziedzinach łącznie, bez względu na specjalność. Rozmiar pracy nie może przekraczać 16 stron druku „Wiedzy". Na konkurs mają być nadsyłane tylko takie prace, które dotychczas drukiem ogłoszone nie były.

3. Prace winny być napisane poprawnym językiem polskim, b. czytelnie na jednej stronie arkusza z pozostawieniem marginesu i podpisane godłem. Prace konkursowe powinny być nadesłane w 3 egzemplarzach do Administracji „Wiedzy", Piękna 62, najpóźniej do dnia 31 Grudnia 1929 r. Razem z pracą nadesłać należy: kwit opłaconej całorocznej prenumeraty i zamkniętą kopertę, opatrzoną zewnątrz w to samo godło i zawierającą wewnątrz imię, nazwisko i dokładny adres autora, oraz podpisane zobowiązanie podług poniżej podanego wzoru.

4. Wyniki konkursu będą podane do wiadomości w marcowym zeszycie r. 1930 „Wiedzy". Prace odznaczone będą ogłoszone drukiem na łamach „Wiedzy" w ciągu roku 1930.

5. Redakcja zastrzega sobie prawo wyboru niektórych prac z pośród niewyróżnionych i ogłoszenia ich drukiem po uprzedniem zawiadomieniu autora. Prace te będą honorowane narówni ze zwykłemi, niekonkursowemi pracami. Antorom prac wyróżnionych na konkursie nie przysługuje prawo ani do honorarjum, ani do umieszczenia ich w innem piśmie.

6. Nagroda wynosi **3000 zł.**, *nagrodzony autor obowiązuje się spędzić w roku 1930 najmniej dwa miesiące w jednym z miast uniwersyteckich Francji, poświęcając cały ten czas studjom lekarskim i złożyć Redakcji „Wiedzy" szczegółowe sprawozdanie ze swego pobytu najpóźniej do 31.XII 1930.*

7. Oprócz tego ustanawia się trzy nagrody pocieszenia; jedną w kwocie 500 zł. i dwie po 250 zł. Cztery piąte tych nagród będą wypłacone gotówką, a reszta czekiem księgarni francuskiej, pozwalającym na otrzymanie książek lekarskich w języku francuskim na powyższą sumę podług wyboru nagrodzonego.

8. W razie gdyby Sąd Konkursowy nie przyznał nagrody, wymienionej pod 6, żadnej z nadesłanych prac z powodu nieodpowiedniego poziomu naukowego, wówczas zastrzega się dla tegoż Sądu Konkursowego prawo albo ponownego ogłoszenia konkursu, albo podziału nagród wymienionych pod 6 i 7 na pięć równych części (t. j. po 800 zł.) z tem, że w ten sposób nagrodzeni otrzymają po 650 zł. gotówką i 150 zł. czekami księgarni francuskiej i polskiej, pozwalającymi na otrzymanie książek lekarskich podług wyboru nagrodzonego. Nagrody w ten sposób udzielone zobowiązują autorów do wysłuchania całego kursu dokształcającego dla lekarzy w jednem z miast uniwersyteckich polskich w ciągu roku 1930.

WZÓR ZOBOWIĄZANIA.

Ja, niżej podpisany, zamieszkały w .... ul. .... zobowiązuje się niniejszem w razie przyznania mi nagrody w wysokości 3000 zł. do wyjazdu w ciągu roku 1930 do Francji gdzie przynajmniej dwa miesiące poświęce studjom lekarskim w jednem z miast uniwersyteckich. Zobowiązuje się też do nadesłania obszernego i szczegółowego sprawozdania z mego pobytu na ręce redaktora „Wiedzy Lekarskiej" i to najpóźniej do 31. XII. 1930. W razie gdyby zaszły jakieś nieprzewidziane przeszkody, uniemożliwiające wyjazd zabowiązuje się do zwrócenia całej otrzymanej sumy najpóźniej do 31. I. 1931. W razie przyznania mi nagrody 800 zł. (punkt 8 regulaminu konkursowego) zobowiązuję się do przesłuchania całego kursu dokształcającego dla lekarzy w jednym z Uniwersytetów Polskich w ciągu roku 1930 i do przesłania Redakcji „Wiedzy" odpowiedniego zaświadczenia, albo uwierzytelnionego odpisu tegoż, najpóźniej do 31. XII. 1930 r. W razie niewypełnienia tego warunku zobowiązuję się zwrócić otrzymaną w gotówce kwotę t. j. 650 zł. najpóźniej do 1. XII. 1930 r.



PRACE ORYGINALNE

DOC. DR. MED. HELENA SPARROW.

Współczesny pogląd na zasady dezynfekcji.

Niegdyś sądzono, że drobnoustroje chorobotwórcze mogą żyć i rozwijać się wszędzie w glebie, wodzie, śmieciach, wydalinach ludzkich i zwierzęcych. Pogląd ten uległ zasadniczej zmianie. „Wiemy obecnie, że drobnoustroje chorobotwórcze są arystokratami swej rasy i nie znoszą trudnych warunków życia w świecie zewnętrznym. Potrzebne im są pałace o architekturze specjalnej, pałace ogrzewane, chronione od działania światła, cudownie zaopatrzone w najdelikatniejsze pożywienie — pałace w postaci ustrojów ludzkich i zwierzęcych" (*H. W. Hill*).

Opuszczając ustrój żyjący, drobnoustroje chorobotwórcze giną mniej lub więcej szybko wskutek zimna, światła, wysychania, braku pożywienia, a jeśli nie giną, to w każdym razie słabną i stopniowo tracą swe własności chorobotwórcze. Wyjątek stanowią tylko bakterje zarodnikujące, które w najgorszych nawet warunkach mogą żyć w stanie wysuszonym, w postaci zarodników, w ciągu miesięcy, a nawet lat. Liczba bakteryj chorobotwórczych, które mogą się rozmnażać poza ustrojem żywym, jest bardzo ograniczona i dzieje się to tylko w warunkach wyjątkowych. Jako przykład służyć może rozwój bakteryj durowych, błoniczych i płoniczych w mleku.

Hodowle bakteryj w laboratorjum wymagają, jak wiemy, daleko idącego dostosowania co do składu pożywki, odczynu, temperatury i t. p. Najbardziej delikatne zarazki, jak różne pierwotniaki chorobotwórcze, a także dwoinki zapalenia opon mózgowych, gonokoki, krętki kiły po wydaleniu z ustroju ludzkiego giną bardzo szybko w ciągu kilku, kilkunastu minut. Dlatego też dezynfekcja w tych chorobach jest zbyteczną.

Bakterje czerwonki w kale chorego, a tembardziej w wodzie zostają przy życiu zaledwie parę dni. Bakterje durowe są trwalsze i giną dopiero po kilku, kilkunastu dniach, nie rozmnażając się ani w wodzie, ani w dołach ustępowych. Jedynem środowiskiem, w którem prątki durowe rozmnażają się, może być mleko. Jadnak kwaśnienie mleka zatrzymuje ten rozwój. W zimie zarazki tych chorób żyją poza ustrojem nieco dłużej, w lecie wskutek wysychania, wyższej temperatury i silniejszego światła giną szybciej.

Znamy też inne bakterje o wiele oporniejsze na działanie szkodliwych czynników świata zewnętrznego; należą do nich przedewszystkiem gruźlica, następnie błonica i płonica. W każdym jednak razie bakterje te nie rozmnażają się w świecie zewnętrznym, a stopniowo tracą swą zjadliwość i obumierają.

Stąd wniosek, że źródłem zarazy są ludzie chorzy, oraz zdrowi nosiciele zarazków, którzy wydalają ogromne ilości drobnoustrojów zjadliwych, i tem powinniśmy się kierować wydając wszelkie zarządzenia sanitarne.

Dawniej dezynfekcja była przeprowadzana dopiero po przewiezieniu chorego do szpitala, po wyzdrowieniu, lub po śmierci chorego, odkażano pokój, w którym chory leżał, całe mieszkanie i nawet cały dom i w tem się wyrażała gorliwość władz sanitarnych. Już w 1921 roku w zarządzeniach Reichsgesundheitsamtu zostało szczegółowo omówione znaczenie odkażania bieżącego, podczas choroby i podano sposób postępowania w poszczególnych chorobach zakaźnych. Znaczenie dezynfekcji końcowej zostało przez to nieco osłabione, zachowując jednak swą zasadniczą wartość. Przeprowadzenie odkażania bieżącego w mieszkaniach prywatnych okazało się rzeczą nader trudną. Niejednokrotnie możemy się przekonać, że najstaranniejsze pouczanie lekarzy sanitarnych nie wystarczają nawet w otoczeniu ludzi inteligentnych i zamożnych. Na to, by odkażanie bieżące celowo uskutecznić, powinniśmy powołać liczne zastępy fachowych pielęgniarek. Nie omawiamy tu oczywiście tych przypadków, gdy chory zostaje umieszczony w szpitalu, gdzie odkażanie bieżące powinno być i, miejmy nadzieję, że jest ściśle przestrzegane.

Ponieważ, jak się okazało, w zakresie odkażania bieżącego nie udało się u nas wiele zdziałać, gros wagi w dalszym ciągu spoczywa na odkażaniu końcowem, którego właściwa wartość jest minimalna wobec niebezpieczeństwa, jakie stanowi sam chory podczas choroby.

Roux powiada, „że prawo 1902 roku nie przewiduje innych skutków zgłaszania choroby zakaźnej, jak przeprowadzenie dezynfekcji. Sprawozdania roczne podają duże ilości zabiegów i ludziom się wydaje, że zdrowie obywateli jest tem lepiej chronione, im liczby te są wyższe, a tymczasem dezynfekcja mieszkań jest zupełnie zbyteczna.“ Odkażanie końcowe w tej formie, w jakiej jest stosowanie w większości krajów, okazało się rzeczywiście zupełnie zbyteczne, szczególniej, jeżeli chodzi o tak rozpowszechnione odkażanie zapomocą pary formalinowej, które miało, zdaniem *Flüggego*, zastąpić zmywanie płynami odkażającemi. Wartość tej metody została zakwestjonowana jeszcze podczas wojny przez specjalistów niemieckich. To też w przepisach Reichsgesundheitsamtu z roku 1921 odkażanie zapomocą pary formalinowej zostało prawie zupełnie zaniedbane. *Wiliam Walcot* badał działanie pary formalinowej w pokoju hermetycznie zamkniętym, umieszczając bakterje błonicy, paciorkowce i gronkowce na ścianach, podłodze i meblach. Doświadczenia powtarzano 24 razy z rzędu; dawały one stale wyniki ujemne. Po dokonanej dezynfekcji bakterję zasiewane na pożywkach dawały wzrost normalny.

Odkażanie za pomocą rozczynów odkażających, obecnie szeroko stosowane, też ma duże wady. Przedewszystkiem nigdy nie wiemy dokładnie, gdzie mianowicie znajdują się zarazki, które zniszczyć należy. Jest to działanie na ślepo. — Następnie dokładne badanie wykazuje, że po najstaranniejszem zmywaniu rozczynami odkażającemi pozostaje wiele miejsc niedostrzegalnych dla oka nieuzbrojonego, dokąd płyn nie przeniknął, gdzie jednak zarazki mogą się zachować.

Wreszcie, gdy chodzi o zarazki tak odporne na działanie wszelkich czynników bakterjobójczych, jak nprz. laseczniki gruźlicy, to zwykle rozczyny środków odkażających są za słabe, żeby je zniszczyć.— Wiemy np. z doświadczenia laboratoryjnego, że laseczniki gruźlicy w plwocinie zostają zabite 5%-wym karbolem dopiero po 24 godzinach, a więc zwykle używane stężenia środków odkażających nie są wystarczające. — Gdy zaś chodzi o zarazki mniej wytrzymałe, jak nprz. bakterje czerwonki lub przecinkowce cholery, to giną one dość szybko same przez się bez stosowania jakichkolwiek środków.

A więc na to, aby zniszczyć bakterje oporne, trzebaby stosować rozczyny mocniejsze i przez czas dłuższy, co znów spowoduje z jednej strony zniszczenie przedmiotów, z drugiej niewygodę dla otoczenia.

Nie trzeba zapominać, że w otoczeniu chorego mogą się znajdować osoby już zakażone, znajdujące się w okresie wylęgania, lub też ludzie zdrowi nosiciele zarazków. — Gdy odbywa się dezynfekcja mieszkania, ludzie ci zmuszeni są skupić się w małym kącie, żyć przez ten czas w bliższym ze sobą kontakcie, w znacznie gorszych warunkach higjenicznych, co sprzyja dalszemu szerzeniu się choroby zakaźnej i stanowi nieraz większe niebez-

pieczeństwo, niż te wysychające i obumierające bakterje, które chory po sobie zostawia.

Jednym ze szkodliwych wyników dezyfekcji jest również wiara w jej skuteczność, wobec niej inne ważne zarządzenia sanitarne zostają nieraz pominięte.

Pieniądze wydane na odkażanie końcowe mogą być zużyte z większą korzyścią w inny sposób, nprz. na zwiększenie liczby pielęgniarek wywiadowczyń.

Wszelkie zarządzenia sanitarne mają największe znaczenie podczas samej choroby. Wczesne zgłaszanie choroby, izolacja chorego w szpitalu lub w domu, odkażanie wydzielin i wydalin chorego, dezynfekcja bieżąca. W tych warunkach dezynfekcja końcowa traci kompletnie swe znaczenie.

Odkażenie końcowe w niektórych chorobach.

Liczba ludzi chorych na gruźlicę otwartą jest ogromna, tylko nieznaczny ich odsetek zostaje izolowany w szpitalach i sanatorjach, stykamy się z nimi ciągle i narażamy się w ten sposób na zakażenie bezpośrednie zarazkami zjadliwemi.

W porównaniu z tem niebezpieczeństwem ochrona od bakterji, które pozostawały w mieszkaniu, gdzie przebywał chory gruźliczy, zdaje się prawie bez znaczenia. — Tembardziej, jeżeli uwzględnimy to, że laseczniki są oporne na środki odkażające. Wzamian dezynfekcji końcowej należy pokój chorego wyczyścić, wymyć i przewietrzyć.

Ospa jest najwięcej zakaźną w okresie przedwysypkowym. Zakaźność utrzymuje się przez cały czas choroby, strupy zawierają zarazki, które są bardzo trwałe, izolacja w szpitalu jest obowiązkową, a odkażanie bieżące powinno być ściśle przestrzegane. Natomiast dezynfekcję końcową należy i w tej chorobie zredukować. Wystarczy ubranie i pościel chorego odesłać do kamery dezynfekcyjnej, a pokój i meble wyszorować i wymyć gorącą wodą z mydłem. Zwalczanie ospy powinno się opierać nie na dezynfekcji, a na powszechnej wakcynacji i rewakcynacji.

Chory na błonicę i płonicę powinien być izolowany, należy stosować dezynfekcję bieżącą, odkażającą wszelkie wydzieliny i wydaliny chorego, bieliznę i naczynia. Dezynfekcja końcowa nie ma racji bytu. Wystarczy odkazić bieliznę chorego, ubranie, pościel i naczynia, których używał, oraz umyć i oczyścić pokój. Chory stwarza dokoła siebie nosicieli zarazków i sam po skończonej chorobie najczęściej jest przez jakiś czas nosicielem. Wobec tego w domu, gdzie był przypadek błonicy, lub płonicy, niebezpieczni są ludzie, którzy chorego otaczali, oraz sam chory po powrocie ze szpitala. Ludzie ci rozsiewają dookoła siebie zarazki żywe i zjadliwe. A zatem wzamian dezynfekcji końcowej należy badać otoczenie chorego i ozdrowieńca na nosicielstwo zarazków, badać wrażliwość osób narażonych na zakażenie, przeprowadzać szczepienia ochronne.

Gdyby dezynfekcja końcowa miała jakąś wartość praktyczną, gorliwe stosowanie jej w wielu krajach w przeciągu długiego szeregu lat powinno byłoby już wykazać jakiś wpływ dodatni na przebieg epidemji. Z zestawień statystycznych rozmaitych państw wynika, że przeprowadzanie dezynfekcji końcowej nie obniża krzywej zachorowań i nie zapobiega nowym przypadkom zachorowań w otoczeniu chorego.

Tak np. w mieście Providence odkażanie po błonicy zostało zniesione w r. 1905. W okresie 1902 — 1905 roku błonicę zanotowano w 1457 rodzinach, z nich w 25-iu były przypadki powtórnego zachorowania w ciągu 60-iu dni i po przeprowadzeniu dezynfekcji — czyli 1,7%.

W latach 1905— 1911 błonicę zanotowano w 5000 rodzin, powtórnych przypadków było 54, czyli 1,8%. Tyleż co w okresie gdy jeszcze dezynfekcję przeprowadzano.

To samo stwierdzono dla płonicy. W miastach Buffalo i Baltimore po płonicy dokonywano dezynfekcji, w Providence — nie.

W ciągu lat 1903—1909	Baltimore	Buffalo	Brovidence
Liczba przyp. płonicy	5792	3029	1801
Liczba powt. zakażeń	84	117	31
% %	1,44	3,8	1,72

Wynika stąd, że dokonywanie odkażania przez służbę zdrowia nie zabezpieczało dzieci z otoczenia chorego od zakażenia.

Szczególniej przekonywującą jest statystyka miasta Rio-de-Janeiro. W tem mieście w ciągu 15 lat (1905 — 1920 r.) przeprowadzano systematycznie dezynfekcję końcową w przypadkach wszelkich chorób zakaźnych, prócz tego władze sanitarne zarządzały dezynfekcję wszystkich mieszkań i domów przy zmianie lokatorów. W ten sposób rok rocznie odkażano wiele tysięcy mieszkań. Nie wywarło to jednak wpływu na przebieg krzywej zachorowań na różne choroby zakaźne. Co prawda, liczby niektórych chorób zakaźnych obniżają się stopniowo, jednak obniżenie to rozpoczęło się jeszcze przed wprowadzeniem zarządzeń o ogólnem odkażaniu. W ciągu ostatnich 5-ciu lat, pomimo, iż dezynfekcja została prawie zniesiona, liczby te obniżają się dalej, wraz z postępem higjeny ogólnej i polepszeniem się dobrobytu mieszkańców.

Carlos Chagas w swym raporcie, wygłoszonym w Komitecie Office International d'Hygiene Publique (maj 1926 r.), zgodnie ze współczesnemi poglądami naukowemi zwalcza dezynfekcję końcową, jako zupełnie zbędną.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej od wielu lat do zabiegów dezynfekcyjnych zakłady sanitarne zaliczają wszelkie zabiegi oczyszczające, mycie, szorowanie, wietrzenie mieszkań.

W the Control of Communicable diseases 1918 r. odpowiednie instrukcje nakazują po błonicy odkażanie końcowe, oczyszczenie pokoju, w którym leżał chory, wietrzenie, naświetlanie. W podobny sposób są traktowane inne choroby zakaźne.

Higjeniści amerykańscy całkowicie odrzucili wszelkie okadzania (formalina, siarka) a rozczynami odkażającymi posługują się coraz mniej. Tak zwana dezynfekcja końcowa w Stanach Zjednoczonych niczem nie przypomina tych niemiłych zabiegów, które w tym celu są dokonywane w innych krajach. Jest ona uproszczona do minimum i polega raczej na zabiegach czysto higjenicznych — oczyszczanie, mycie, szorowanie gorącą wodą z mydłem, wietrzenie, pranie bielizny, wygotowywanie naczyń i t. p. Zabiegi te są prawie całkowicie wykonywane w warunkach domowych pod dozorem odpowiedniej higjenistki. „Istnienie stacyj dezynfekcyjnych i specjalnych kolumn jest dziś prawdziwym anachronizmem" mówi *Chagas*.

Dezynsekcja.

Dawne metody dezynsekcji obecnie zbankrutowały. Okazało się przy ścisłej kontroli, że przez kadzenie siarką niszczymy tylko pasożyty znajdujące się na powierzchni mebli, ścian, ubrania, nie osiągając nigdy gruntownej, pełnej dezynsekcji. „A jednak dziś jeszcze, pomimo nagromadzonej masy dowodów, istnieją wielcy kapłani kadzenia, którzy spalają siarkę na ołtarzu higjeny i rozsiewają z wiatrem proszki odkażające tak jak w średniowieczu".— mówi *A. Balfour*.

Tylko dezynsekcja za pomocą cjanku i chlorpikryny jest skuteczna, lecz stanowi ona zbyt wielkie niebezpieczeństwo, aby stosowanie jej było racjonalne.

Cjanek zabija bakterje i owady i nie niszczy rzeczy (skór, mebli), rozprzestrzenia się dobrze w powietrzu, jest to sposób odkażania zarówno skuteczny i tani; wady tej metody odkażania są jednak poważne, a to dlatego, że cjanek jest bardzo jadowity dla ludzi i zwierząt i rozpuszcza się we wodzie. — Stosowanie cjanku wymaga ogromnych ostrożności, nie dając nigdy gwarancji bezpieczeństwa, tembardziej, że zobojętnienie cjanku po dokonanej dezynsekcji nie jest pewne, używany do tego amonjak jest drogi i tworzy połączenia toksyczne ciężkie, które zbierają się nad podłogą. — Najlepszym może środkiem zobojętniającym jest formaldehyd. — Chlorpikryna jest jeszcze niebezpieczniejsza od cjanku, ponieważ jest to związek dość stały, wówczas gdy cjanek szybko się rozkłada. Obecnie toksykolodzy polecają do dezynsekcji dwuchlorek etylenu $C_2H_2Cl_2$ i czterochlorek węgla CCl_4, które zabijają szybko wszelkie owady, nie stanowiąc żadnego niebezpieczeństwa dla człowieka. Dwusiarczek węgla, proponowany przez niektórych, nie jest wygodny, ponieważ działa trująco na zwierzęta, a zmieszany z powietrzem łatwo wybucha.

Bardzo dobrym środkiem dezynsekcyjnym jest flit, podobny środek może być łatwo przygotowany sposobem domowym i wówczas przestaje być rzeczą kosztowną. Przygotowujemy go w sposób następujący: czterochlorek węgla rozpuścić do nasycenia w paradwuchlorbenzolu i dodać 10 cm. octanu etylu na litr (dla zapachu). W kamerze ogrzanej do 80° para flitu daje efekt doskonały, niszcząc bezwzględnie wszystkie owady i jajka nawet w miękkich meblach. — W temperaturze zwykłej dezynsekcję flitem przez rozpylanie należy powtarzać kilkakrotnie, ponieważ wtedy działanie flitu jest powierzchowne i jajek nie niszczy.

Do dezynsekcji zabudowań drewnianych (koszary, stajnie), których nie można uszczelnić, nadaje się dobrze mieszanka aniliny z terpentyną w równych częściach. Używać jej należy do wyszorowania podłóg, ścian, ławek i t. p., zwracając szczególną uwagę na szpary. Po trzech dniach zmyć 5%-wym kwasem siarkowym.

Reasumując obecny stan dezynsekcji powiemy:

Chlorek i siarka odpadają, jako środki nieskuteczne, cjanek i chlorpikryna są skuteczne, lecz niewskazane ze względu na niebezpieczeństwo zatrucia ludzi. Do dezynsekcji najlepiej używać dwuchlorku etylenu, lub czterochlorku węgla, ewentualnie flitu. Ponieważ owady są bardzo wrażliwe na gorąco, zwłaszcza w atmosferze nasyconej parą, więc wszelkie ubrania najlepiej oddawać do kamery dezynfekcyjnej. Gdy chodzi o przedmioty, które się psują w wysokiej temperaturze, można je dezynsekować przy 80° czterochlorkiem węgla.

Kilka uwag w sprawie helminthiasis

PODAŁ

DR. B. RUBINSTEIN — Poryck

Helminthiasis, to napozór błahe cierpienie, jest nader często przez lekarzy nierozpoznawane tylko dlatego, że często lekarz będzie o wszystkiem innem myślał, niż o tem, że pod płaszczykiem obserwowanych objawów kryje się helminthiasis. W niniejszym artykule nie będę się rozwodził nad całym szeregiem objawów, jakie czerwiwość dać może, pragnę jedynie, dzięki własnemu doświadczeniu, zdobytemu na kilkudziesięciu pilnie spostrzeganych przypadkach, — zwrócić uwagę na cechy stale w czerwiwości spostrzegane, które w każdym razie powinny zwrócić uwagę badającego na możliwość istnienia robaków, a wtedy, oczywiście, przypuszczenie to należy sprawdzić. Szczególnie cierpienie to rozpowszechnione jest na prowincji (Kresy wschodnie), na co bez wątpienia składają się warunki hygjeniczne. Ponieważ badanie kału na prowincji nie zawsze może być uskutecznione i często napotyka na trudności, tembardziej konieczna jest znajomość objawów klinicznych, które wymienione cierpienie znamionują. Nierzadko w praktyce spotykałem przypadki, które lekarzowi kazały myśleć o cholelithiasis, cholecystitis, appendicitis, enterocolitis i t. p., a jednak wszystkie objawy, jak się później okazało, były wywołane przez obecność robaków, po których usunięciu stan chorych wkrótce ulegał krańcowej poprawie. Szczególnie dotyczy to dzieci. W spostrzeganych przezemnie kilkudziesięciu przypadkach spotykałem stale dwa napozór nieznaczne objawy mianowicie: swędzenie w nosie oraz skóry. Nie znaczy to bynajmniej, że w każdym przypadku, gdzie powyższe objawy występują, mamy do czynienia z czerwiwością, lecz te objawy bezwzględnie winny zwrócić uwagę badającego na możliwość istnienia w ustroju robaków, co zażegna przeoczenie cierpienia. Oprócz wymienionych objawów zwracają również uwagę częste wzdęcia brzucha, uporczywe (bez przyczyny napozór) rozwolnienie, występujące nagle po okresie zaparcia, punkty bolesności samoistnej oraz dotykowej, zmieniające swe umiej-

scowienie, oraz w przypadkach przebiegających burzliwie, stosunkowo dobry stan ogólny. Zwraca uwagę również fakt, że robaki dają często znać o sobie wtedy, gdy ustrój jest dotknięty jakąś inną chorobą.

Wnioski moje są następujące:

1. Wczesne rozpoznanie helminthiasis ma niewątpliwe znaczenie dla rokowania, jak również prawidłowego leczenia, gdyż często występujące burzliwe objawy skłaniają badającego do myślenia o jakiemś poważnem, a bodaj groźnem cierpieniu, i mogą doprowadzić do całkiem zbędnej interwencji chirurgicznej.

2. Swędzenie w nosie oraz skóry, jako objawy stale spotykane (przynajmniej w moich kilkudziesięciu przypadkach), mają bardzo dużą wartość rozpoznawczą.

3. Cierpienia inne często przyczyniają się do wyraźniejszego wystąpienia objawów czerwiwości.

Na zakończenie pozwolę sobie przytoczyć w krótkości parę przypadków.

1. Chora S. G. lat 8. Początek nagły wśród dreszczy, gorączki 40°, bólu głowy, nudności, wymiotów, uporczywych rozwolnień po kilkudniowem zaparciu oraz kurczowych bólów brzucha.

Zwraca uwagę stosunkowo dobry stan ogólny. Badaniem stwierdza się język obłożony, suchawy, bolesność dotykowa okolic caecum i colon sigmoideum, w których to miejscach zaznacza się defense musculaire, pozatem nic szczególnego.

(Na skórze ślady zadrapań — przyczyna uporczywe swędzenie, chora skarży się również na swędzenie w nosie). Po lawatywie z domieszką oliwy odeszły askarydy, poczem stan dziecka wkrótce uległ krańcowej zmianie, dziecko dotąd silnie gorączkujące, wijące się z bólu, odrazu powraca do zdrowia.

2. Chory J. Ch. lat 3. Od paru dni wyraźna zmiana usposobienia (dziecko dotąd stale wesołe i nader ruchliwe, posmutniało i bezustannie grymasi), utrata łaknienia, skargi na bóle głowy. Zwraca uwagę bardzo częste ziewanie dziecka, które również ciągle dłubie w nosku i drapie się. Ciepłota ciała waha się między 37 — 37,2°. Badanie prócz adenopathji nie stwierdza nic patologicznego. Podejrzenie na robaki, lecz również wyraziłem obawę, czy nie chodzi tu też o początek meningitis T. B. C. Po lawatywie z domieszką oliwy odeszły askarydy, poczem stan dziecka uległ poprawie. Po paru jednak dniach objawy oponowe uwidoczniły się zupełnie, a badanie szczegółowe potwierdziło moje pierwotne przypuszczenie, wkrótce też dziecko zmarło.

3. Chory S. Sz. lat 4. Przed 2 tygodniami zapadł na grypę. Obecnie dziecko ma uporczywe rozwolnienie oraz skarży się na bóle brzucha. Badaniem stwierdza się: ciepłota 38³, obustronne zapalenie oskrzeli, bolesność dotykowa całego brzucha. Matka stwierdza, że dziecko często dłubie w nosie oraz drapie się. Po santoninie i środku czyszczącym odeszły askarydy, poczem bóle brzucha oraz rozwolnienie zupełnie ustały.

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

O patogenezie zwężenia żylnego ujścia serca lewego. (Conception pathogénique et évolution du rétrécissement mitral). J. Moussoir. *Revue de Medeçine, Nr. 1. 1929.*

Autor przypomina, że od czasów *Durozier'a* t. j. od czasu jego prac ogłoszonych w latach 1862 i 1867 odróżniamy dwie postaci zwężenia ujścia żylnego: 1) zwężenie czyste z niezbyt znacznemi zmianami anatomicznemi na zastawce dwudzielnej, przy braku jakichkolwiek danych o przebytych zakażeniach, w szczególności zaś o gośćcu stawowym i przy braku jakichkolwiek objawów zaostrzania się procesu chorobowego. Tej postaci chorobowej przypisujemy powstawanie wrodzone, 2) postać druga posiada w wywiadach wyraźne dane o przebytym gośćcu stawowym, zmiany anatomiczne są dalej posunięte, w przebiegu klinicznym nieraz można stwierdzić okresy zaostrzania się choroby. Często też występuje tu powikłanie zwężenia z niedomykalnością zastawki dwudzielnej.

Autor idąc za zdaniem *Laubry'ego* nie zgadza się z powyższym podziałem i odróżnia dwie postacie chorobowe, których cechami są tylko szczegóły przebiegu, a nie dane etjologiczne. Celem przeprowadzenia dowodu słuszności swych zapatrywań autor szczegółowo omawia pojęcia patogenetyczne, jakie wygłaszano w związku z powstawaniem omawianego cierpienia.

1. *Jacquet* pierwszy zwrócił uwagę na rolę, jaką kiła wrodzona gra w powstawaniu zwężenia ujścia żylnego. Istotnie, kiła wrodzona należy do tych schorzeń, które są przyczyną powstawania całego szeregu zaburzeń natury dystroficznej, jakie się często spotyka u chorych dotkniętych zwężeniem ujścia żylnego. Dalsze jednak badania wykazały, że przypadki, w których znajdujemy zarówno objawy—kiły wrodzonej, jak i objawy zwężenia ujścia żylnego nie są tak częste, jak to początkowo sądzono.

2. Podobnie obwiniano też i gruźlicę o wywoływanie zmian we wsierdziu pod postacią zwężenia ujścia żylnego. Twórcy tych pojęć, jak *Teissier* i inni przytaczali na dowód słuszności skłonność bujania tkanko-łącznowego, wywołanego jadem gruźlicy oraz zaburzenia w ogólnej przemianie materji, jakie wywołuje gruźlica. Nadto *Potin* udowadnia częstość zmian gruźliczych w płucach u osobników dotkniętych zwężeniem ujścia żylnego (badania sekcyjne *Potin'a* wykazują częstość gruźlicy u tych chorych w liczbie 35%). Bliższe rozpatrzenie badań *Teissier'a* wykazuje jednak niedostateczność danych dla przyjęcia gruźlicy, jako czynnika chorobotwórczego w powstawaniu zwężenia ujścia żylnego. Cały szereg objawów podanych przez *Teissier'a* spotyka się nie tylko w gruźlicy, lecz także w zmianach zastawkowych, o ile te ostatnie ulegają zaostrzeniu (postać postępująca). Autor podnosi, że częstość gruźlicy w przypadkach zwężenia ujścia żylnego jest taka sama, jaką się spotyka i w przebiegu innych cierpień, a może nawet i mniejsza,

3. Zwężenie ujścia żylnego jako cierpienie wrodzone, znajduje do dziś dnia licznych zwolenników. Wrodzone schorzenie serca występuje pod dwojaką postacią: albo chodzi tu o zaburzenia rozwojowe, albo też o zapalenia wsierdzia w okresie płodowym. Co do grupy pierwszej wiadomo jest, że zwężenie ujścia żylnego, jako zaburzenie rozwojowe, jest zawsze połączone ze zmianami w innych odcinkach serca, które to zmiany prowadzą rychło do śmierci. Co się tyczy zapaleń wsierdzia przebywanych w okresie płodowym należy podnieść, że jakkolwiek takie przypadki są znane, to jednak cały szereg spostrzeżeń przemawia przeciwko przyjęciu powyższej przyczyny, jako przyczyny zasadniczej w powstawaniu zwężenia ujścia żylnego. I tak wiadomem jest, że zapalenie wsierdzia u płodu dotyka przeważnie serca prawego, a nie lewego (statystyka *Rauchfuss'a* wykazuje 192 zmian w sercu prawem wobec 15-tu zmian w sercu lewem). Następnie lekarze chorób dziecięcych spotykają zwężenie ujścia żylnego najczęściej po ukończeniu 10-go roku życia chorego. Podobnie dość rzadko się spotyka zwężenie ujścia żylnego na sekcji niemowląt.

4. Innym też chorobom zakaźnym przypisywano wywoływanie zwężenia ujścia żylnego, w szczególności zaś płonicy.

5. Nie ulega kwestji, że gościec stawowy jest tym czynnikiem chorobowym dla wsierdzia, który najdawniej jest znany i najogólniej uznany. Już *D. Pitcairn* w roku 1788-ym znał powinowactwo gośćca stawowego do serca. Dalsze badania znacznie rozszerzyły nasze wiadomości w powyższej sprawie, tak że dziś ujmujemy gościec jako swoiste cierpienie serca, które to cierpienie dotyka też w różnym stopniu i stawy. Dziś istnieje wiele badań przemawiających za tem, że gościec może się umiejscawiać tylko w sercu, nie dotykając zupełnie stawów lub też, że zmiany stawowe występują znacznie później niż zmiany w sercu. Autor podkreśla też, że u chorych ze zwężeniem ujścia żylnego spotyka się szczególnie często przebyty w dzieciństwie gościec stawowy lub też objawy pląsawicy, często też u chorych ze zwężeniem ujścia żylnego występują później objawy stawowe. Autor sądzi, że gościec stawowy niewątpliwie winić należy przedewszystkiem o wywoływanie zwężenia ujścia żylnego i to nawet w tej postaci, którą nazywamy czystem zwężeniem i którą często uważa się za sprawę wrodzoną. Nie ulega jednak kwestji, że obok gośćca należy też przyjąć i inne czynniki jak np. różne drobnoustroje, które wywołują zapalenie wsierdzia złośliwe, o przebiegu podobnym do duru lub posocznicy. Niepodobna też twierdzić, że zwężenie ujścia żylnego powstaje od początku jako takie, gdyż powstawanie tego cierpienia jest bardzo po-

wolne i przebiega bez wyraźnych objawów, tak że sam moment powstawania jest trudny do uchwycenia; może zatem być, że początkowo mamy do czynienia z okresem niedomykalności zastawki dwudzielnej, po którym proces zwężający ujście żylne bierze górę. Wreszcie nietylko jedna przyczyna, jak gościec stawowy jest jedynym czynnikiem w powstawaniu zwężenia ujścia żylnego. Bardzo prawdopodobnem się zdaje, że w powstaniu zwężenia ujścia żylnego znaczną też rolę gra i podłoże, na którem rozwija się cierpienie t. j. sam ustrój chorego. Na takie lub inne ukształtowanie się podłoża ustrojowego wpływają różne czynniki, przedewszystkiem zaś czynniki osobnicze, t. j. układ wegetatywny gruczoły wkrewne (o wewnętrznem wydzielaniu i właściwości humoralne.

6. W ostatnich czasach zwrócono szczególną uwagę na zaburzenia w czynności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, jako na samoistną przyczynę powstawania zwężenia ujścia żylnego. Już *M. Raynaud*, a zwłaszcza *Gilbert* i *Ralbery* (1884) opisywali „karłowatość mitralną" (nanisme mitral) i drugą grupę chorych, u których można było stwierdzić cechy ogólnego niedorozwoju obok zwężenia ujścia żylnego. Autor na swych 50 przypadków raz jeden tylko widział chorego ze zwężeniem ujścia żylnego o cechach skarłowacenia. Co się tyczy drugiej grupy chorych, o cechach infantylizmu, autor sądzi, że niema dostatecznych dowodów na przyjęcie jakiegoś szczególnego stwardnienia zastawki dwudzielnej, wywołanego zaburzeniami w czynności gruczołów wkrewnych, któreby szło w parze z infantylizmem. Jak już wyżej wspomniano, nie ulega jednak kwestji, że gruczoły wkrewne posiadają wpływ na rozwój i przebieg zwężenia ujścia żylnego za czem przemawia pojawianie się pierwszych objawów omawianego cierpienia w okresie dojrzewania, w przebiegu ciąży i w okresie przekwitania, kiedy to często można stwierdzić zaostrzenie się sprawy chorobowej na wsierdziu. W tych, ostatnio wspomnianych, okresach spotykamy też często rozmaite objawy ze strony układu wegetatywnego, przyczem objawy ze strony czynności serca zaznaczają się zupełnie wyraźnie.

Jak to już wyżej wspomniano autor idąc za zdaniem *Laubry'ego* zwraca przedewszystkiem uwagę na przebieg chorobowy zwężenia ujścia żylnego. Pozostawiając na boku etjologje tego cierpienia, którą omówił powyżej, autor odróżnia postać postępującą i niepostępującą. Znane są liczne przypadki, że chorzy, u których stwierdzono w okresie dorastania zwężenie ujścia żylnego, dochodzą do 50-ego roku życia i późniejszego. Chodzi tu o przypadki niepostępującego cierpienia. Jakkolwiek dla rokowania posiada duże znaczenie znajomość, z jaką postacią mamy do czynienia, to jednak z góry należy zaznaczyć, że postać niepostępująca ulega nieraz, niekiedy dopiero po latach, uczynnieniu lecz i taki okres uczynnienia może się także znowu uspokoić. Sprawa postępująca może iść zarówno w kierunku przedsionka i płuc, wywołując objawy arteriitis pulmonaris oraz zwapnienia tętnicy płucnej, a wtórnie i niedomogi mięśnia prawej komory serca, przyczem mogą występować także skrzepy w lewym przedsionku lub zaburzenia rytmiki serca — albo też zmiany te rozszerzają się coraz bardziej na samej zastawce dwudzielnej, względnie przechodzą na wsierdzie lewej komory z wtórnemi zaburzeniami ze strony mięśnia sercowego.

W postaci postępującej należy zwrócić uwagę nie tylko na objawy miejscowe, lecz także i to przedewszystkiem na objawy ogólne. Do tych objawów należy duszność po nieznacznych nawet wysiłkach, krwioplucie, zawały, stany podgorączkowe lub nawet gorączkowe, stała utrata na wadze. Według autora charakterystycznym ma też być wyraz twarzy takich chorych, rysy są wydłużone, cera blada (podczas gdy badanie krwi nie wykazuje tego stopnia niedokrewności, jakiego możnaby się spodziewać). Objawy te odbijają żywo od dobrego wyglądu i zdrowej cery chorych ze zwężeniem ujścia żylnego, lecz w postaci niepostępującej.

Niepokojące objawy ogólne, jako też i inne cechy chorobowe ustępują często i szybko przy odpowiedniem leczeniu. Tu należy wymienić leżenie w łóżku, okład z lodu na okolice serca, podawanie salicylanu sodu lub jodu, wreszcie leczenie przeciwzakaźne. Wszystkie te środki wywierają znacznie korzystniejszy wpływ, aniżeli środki nasercowe, które najczęściej pozostają bez skutku.

Postać postępującą zwężenia ujścia żylnego spotyka się zarówno w 20-tym jak i 50-tym roku życia. Największą jednak liczbę widzimy między 20-tym a 35-tym rokiem życia. Po okresie przekwitania, o ile on nie wywołał pogorszenia sprawy chorobowej, rokowanie jest zupełnie dobre.

Leczenie gruźlicy zapomocą połączeń tranu z miedzią koloidalną. (Le morrhuate de cuivre colloidal dans le traitement de la tuberculose). J. Mouzon. *Presse Méd. N. 202. r. 1929.*

Autor podkreśla z całym naciskiem konieczność zachowania jak najdalej idącej ostrożności w ocenie nowych środków leczniczych stosowanych w gruźlicy. Ogólnie jest znany cały legjon preparatów przeciwgruźliczych, które przeminęły jak moda i pozostawiły po sobie przeważnie tylko przykre wspomnienia. Ogólnie też jest wiadome, że ustrój gruźliczy wogóle źle znosi rozmaite leki, musimy się jednak do nich uciekać w stosunku do jednych chorych dlatego, że chorzy ci, poza leczeniem djetetyczno higjenicznem i klimatycznem, wprost środków tych żądają, względem zaś innych chorych dla tego, że ci chorzy z rozmaitych względów nie mogą korzystać ani z dobrodziejstw najlepszego do dziś leczenia klimatyczno - higjenicznego, ani też z tej pomocy, jaką daje odma sztuczna. Dlatego też nie mogąc odrzucić środków przeciwgruźliczych, należy przedewszystkiem zwrócić uwagę na te środki, które napewno nie przynoszą szkody.

L. Rogers w r. 1919 studjując w Indjach Angielskich zwalczanie trądu zwrócił uwagę zarówno na olej uśpianowy (chaulmoogra) i kwasy tłuszczowe zeń wyodrębnione, jak i na tran, oraz nienasycone kwasy tłuszczowe wydobyte z tranu i ich pochodne. Kwasy te w połączeniu z sodem tworzą mydła, których roztwory stosowano pod postacią wstrzykiwań podskórnych i śródmięśniowych w leczeniu trądu. Wielu autorów idąc za radą i pierwszemi próbami *Rogers'a* stosowało powyższe związki, a zwłaszcza mydła sodowe kwasów tłuszczowych wyodrębnionych z tranu w leczeniu gruźlicy, zarówno chirurgicznej jak przedewszystkiem płucnej. Stosowano roztwór mydła 3%-owy z dodatkiem fenolu w dawkach wzrastających od 1 ccm. do 1 ccm. Wstrzykiwania te jednak były bolesne, wywoływały gorączkę i objawy ogniskowe w płucach: Wobec powyższego *Grigaut* i *Tardieu*, w r. 1924 rozpoczęli stosowanie połączeń kwasów tłuszczowych z wyodrębnionych z tranu z grupą etylową. Połączenie to łatwo rozpuszczalne w wodzie nie wywoływało tak żywych odczynów ani

miejscowych ani ogólnych i mogło być stosowane w dawkach 2 do 4 ccm. 25°/₀-owego roztworu. Próbowano też stosowania tego środka, z dodatkiem gomenolu, w dawce 6 do 8 ccm. wstrzykując go przez tchawicę (podobnie jak to dziś czynimy z lipiodolem w celach rozpoznawczych przy prześwietlaniu promieniami Roentgena). Ten sposób leczenia posiada szczególnie dużo powabu, gdyż pozwala przypuszczać, że tą drogą możemy zadziałać bezpośrednio na ognisko chorobowe. Leczenie za pomocą wstrzykiwań podskórnych i śródmięśniowych wpływało korzystnie na obniżenie ciepłoty ciała, zmniejszenie się ilości plwociny, niekiedy na zniknięcie prątków Kocha z plwociny, a nadto wzmacniało czynność serca.

W ostatnich czasach, w Ameryce łacińskiej (południowej) rozpoczęto stosowanie preparatów tranowych, przeznaczonych do wstrzykiwań, w połączeniu z miedzią w postaci koloidowej. Jak wiadomo, sole miedzi (octan, fosforan, siarczan, cyjanek, połączenia koloidowe same lub z jodem lub lipoidami) były oddawna w użyciu przeciwko gruźlicy. Zapoczątkował je *Kochlin*, w r. 1818, a dalsze próby były niejednokrotnie powtarzane. Połączenie kwasów tłuszczowych wyodrębnionych z tranu a miedzią pod postacią koloidową zastosował po raz pierwszy *P. Seabra* w r. 1924 w walce z gruźlicą. Do dziś dnia istnieje bardzo wiele spostrzeżeń dotyczących działania tego środka. Autor, omawiając korzystne wyniki, podnosi trudność jaką spotyka bezstronny i przedmiotowy krytyk. Ogólnie bowiem jest znana częstość, zarówno samoistnej poprawy, jak i samouleczenia gruźlicy a nadto w wielu przypadkach, cytowanych w literaturze, chorzy poddani nowemu leczeniu znajdują się w zupełnie innych, znacznie lepszych warunkach, niż byli poprzednio, a nie ulega przecież żadnej kwestji, że djetetyczno hygjeniczne warunki stanowią najlepszą i najpewniejszą broń przeciw gruźlicy. Dużo też spostrzeżeń nie przedstawia materjału dowodowego dla skuteczności działania jakiegoś środka dlatego, że brak w nich jest ścisłych, dokładnych i wielostronnych badań.

Z licznych, cytowanych przez autora prac wynika, że stosowanie omawianego środka w wielu przypadkach działa korzystnie, obniżając ciepłotę, zmniejszając ilość plwociny, doprowadzając do zniknięcia prątki Kocha, a przy dłuższem stosowaniu w przypadkach korzystnych doprowadza do zabliźnienia zmian płucnych. Nie wspominamy tu o poprawie podmiotowej, jak zmniejszenie kaszlu, duszności i potów, oraz wzmożenie apetytu, gdyż gruźlicy są szczególnie wrażliwi na wpływy psychiczne, a każdy nowy sposób leczenia działa pod tym względem niezwykle silnie.

Omawiany środek stosujemy wstrzykując domięśniowo, w ilości 2 ccm co drugi lub trzeci dzień, rozpoczynając od mniejszych dawek, dla uniknięcia zbyt żywych odczynów. Niektórzy stosują najwyżej 1 ccm. Odczyny są naogół słabe, lecz wszyscy autorowie wspominają o nich; polegają zaś one głównie na lekkiem podwyższeniu ciepłoty w dniu dokonania wstrzyknięcia. Występowanie tych odczynów skłania niektórych autorów do ostrożności w stosowaniu tego środka w postaciach gruźlicy, występującej z krwotokami lub ze skłonnością do nawałów. Działanie wymienionego środka jest czysto hypotetyczne. *P. Seabra* sądzi, że miedź w postaci koloidowej adsorbuje jady gruźlicze. Inni autorowie przypisują nienasyconym kwasom tłuszczowym tranu właściwość wpływania na powstawanie lipazy we krwi, który to zaczyn ma działać rozkładająco na otoczkę lipoidowo-woskową prątka gruźliczego, w następstwie czego zostają uwolnione antygeny, wywołujące odporność. Jeszcze inni sądzą, że kwasy te posiadają korzystne działanie na wapnienie i na proces bliznowacenia chorej tkanki płucnej. Wszystkie te hypotezy nie posiadają żadnej siły dowodowej, znanem zaś jest w szczególności, że in vivo lipaza nie posiada żadnego wpływu na prątek Kocha. Wreszcie autor wzywa do bezstronnego wypróbowania powyższego środka.

Wpływ opoterapji wątrobowej na ciężką niedokrewność pokrwiotoczną u chorej z azotemją. (Sur les effets de l'opothérapie hépatique dans une anémie grave post-hemorragique chez une azotèmique). M. Labbé, R. Boulin, L. Justin-Besancon i Gouyen. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 5. r. 1929.*

Autorowie podają niniejsze spostrzeżenie, jako dalszy przyczynek do tematu, poruszanego przez *Lian'a i V. Heimann'a*, dotyczące podawania wątroby chorym z azotemją.

Chora lat 52 cierpi od lat ośmnastu na przewlekłe zapalenie nerek ze wzmożonem ciśnieniem tętniczem. Od niedawnego czasu do powyższego chorobowego stanu dołączyły się bardzo obfite krwawienia z macicy, z powodu włókniaka macicy. Po wycięciu włókniaka, objawy nerkowe, jak gwałtowne bóle głowy, duszność, wymioty i gwałtowne swędzenie skóry wzmogły się na nasileniu, co skłoniło chorą do zgłoszenia się do szpitala. Badanie wykazało dość znaczny obrzęk, galopujące tętno, ciśnienie tętnicze 26/12 cm Hg, w moczu białko w ilości 1 do 2 pro mille, liczne wałeczki oraz znaczną niedokrewność (miljon ciałek czerwonych w mm sz.), ciałek białych 3,200. Ilość mocznika we krwi 0,9 pro mille. Po szeregu miesięcy leczenia środkami nasercowymi oraz solną djetą udało się z trudem usunąć obrzęki, przyczem ciśnienie tętnicze spadło do 21/9 cm Hg. Niedokrewność utrzymywała się nadal w tym samym stopniu co poprzednio. Wobec powyższego stanu u chorej zastosowano opoterapje wątrobową, polegającą na podawaniu 2 ampułek dziennie wyciągu wątrobowego, co odpowiada 250 świeżej wątroby. Po upływie miesiąca powyższego leczenia liczba ciałek czerwonych osiągnęła cyfrę 2.400,000, podczas gdy ilość mocznika we krwi wynosiła 0.7 pro mille. Ten korzystny wynik utrzymywał się w dalszym ciągu, gdyż po dwuch miesiącach, mimo zaprzestania podawania wątrobowego wyciągu, ilość ciałek czerwonych wynosiła 3 miljony. Natomiast ilość mocznika wzmogła się nieznacznie, dochodząc do 1.27 pro mille.

Powyższe spostrzeżenia wykazuje, że opoterapja wątrobowa wpływa korzystnie na niedokrewność u chorych z azotemją i to bez względu na to, czy ta niedokrewność jest wywołana samem schorzeniem nerek jak w przypadku *Liana* i *Heimanna*, czy też upływem krwi.

Leczenie wysięków opłucnowych w przebiegu odmy sztucznej zapomocą doopłucnowego wstrzykiwania sanochryzyny. (La sanocrysine par voie intrapleurale au cours du pneumothorax thérapeutique en

particulier au cas de pleurésie purulente tuberculeuse). Leon Kindberg i E. Royer de Véricourt. *Soc. Méd. des Hopit. Nr. 7, r. 1929.*

Jak wiadomo leczenie ropnych wysięków opłucnej, występujących w przebiegu stosowania odmy sztucznej w gruźlicy płuc, często jest rzeczą trudną w ostatnich zaś czasach pojawiło się wiele prac, omawiających dawne i nowe sposoby leczenia tego powikłania. Autorowie nie zgadzaią się z propozycją *Renaud'a*, aby wysięki ropne, będące powikłaniem sztucznej odmy, leczyć zapomocą otwarcia jamy opłucnowej i wytwarzając w ten sposób stałą przetokę, leczyć opłucną zapomocą drenowania i przepłukiwania. *Küss* występuje gorąco za leczeniem przy pomocy oleothoraksu. Nie wszystkie jednak przypadki nadają się do powyższego sposobu leczenia, w szczególności zaś wówczas, gdy istnieje przetoka opłucnowo-oskrzelowa. Również leczenie zapomocą wypuszczania płynu i wpuszczaniu gazu niezawsze doprowadza do pożądanego wyniku. Wreszcie pozostaje torakoplastyka (operacja polegająca na wycięciu odcinków wielu żeber, sprowadzająca tą drogą uciśnięcie płuca i możność leczenia opłucnej), która daje dobre wyniki i powszechnie przestała być uważana za zabieg szczególnie ciężki; i ta wszakże metoda przedstawia raczej rodzaj ultimum refugium.

W niniejszej pracy autorowie, idąc za radą *Villaret'a i Even'a*, zastosowali wstrzykiwania doopłucnowe crisalbiny (preparat analogiczny do sanochryzyny). W przypadku pierwszym chodziło o chorą, u której zastosowano obustronną odmę sztuczną. Z biegiem czasu w prawej opłucnej wytworzył się płyn, który niebawem stał się płynem ropnym, nadto powstała też przetoka opłucno-oskrzelowa, którą chora wydalała znaczne ilości ropy. Wobec niemożności zastosowania jakiegokolwiek innego sposobu leczenia, autorowie postanowili poddać chorą thorakoplastyce. Przedtem jednak wstrzyknięto na próbę 0,10 crisalbiny doopłucnowo. Pierwszy tydzień upłynął bez żadnej zmiany. Po upływie tego czasu wydobyto 250 ccm ropy i wprowadzono doopłucnowo znowu 0,10 gr. crisalbiny. W ciągu następnych czterech dni gorączka ustąpiła i stan chorej uległ znacznej poprawie. Poczem wstrzyknięto znowu 5 ctgr. crisalbiny. Po dwuch dniach prześwietlenie rentgenologiczne nie wykryło obecności płynu.

W przypadku drugim, w przebiegu odmy sztucznej u kobiety lat 30-tu, wytworzył się płyn ropny tak gęsty, że zapomocą grubego trójgrańca zdołano wydobyć zaledwo parę kropli płynu. Wobec korzystnych dotychczasowych doświadczeń chorej wstrzyknięto doopłucnowo 0,20 crisalbiny. Po upływie dziesięciu dni płyn ropny stał się rzadszy, tak że zapomocą nakłucia wydobyto 250 ccm ropy. Od tego czasu stosowano co tydzień wstrzykiwanie 0,10 gr. crisalbiny doopłucnowo. W przeciągu miesiąca płyn nie wzrastał i zajmował około jednej czwartej jamy opłucnowej. Autorowie mają zamiar nadal stosować powyższe leczenie.

W przypadku trzecim zastosowano u dziewczyny 18-to letniej odmę sztuczną po lewej stronie z powodu gruźlicy płuc i dużej jamy gruźliczej w górnym płacie lewego płuca. Całoroczne stosowanie odmy, pod koniec powikłane obecnością niewielkiej ilości płynu surowiczego, nie doprowadziło do uspokojenia się procesu chorobowego a jama gruźlicza nie uległa również żadnej zmianie. Autorowie i w tym przypadku rozpoczęli leczenie zapomocą doopłucnowego wstrzykiwania crisalbiny w dawce po 0,1 gr. Po upływie niedługiego czasu otrzymali zgoła niespodziewane wyniki, a mianowicie rentgenologicznie stwierdzono znaczniejsze skurczenie się uciśniętego przez powietrze płuca, znaczne zmniejszenie się jamy gruźliczej. Należy nadmienić, że w tym przypadku wstrzykiwanie crisalbiny wywoływały nieznaczny wzrost ciepłoty.

Podobnych obserwacji autorowie dotychczas posiadają ośm. Nie wchodząc w tłumaczenie tych, tak korzystnych obserwacji, pokreślić należy wpływ crisalbiny na leczenie wysięków ropnych na tle gruźliczem, a może nawet i na sam proces chorobowy płuca.

W sprawie doopłucnowych wstrzykiwań sanochryzyny w przebiegu odmy sztucznej. (A propos des injections intrapleurales de sanocrysine au cours du pneumothorax thérapeutique). A. Jacquelin. *Soc. Méd. des Hopit. Nr. 9. r. 1929.*

Autor podkreśla, że *Leon Kindberg i E. Royer de Vericourt* (patrz poprzednie streszczenie) w swojem trzeciem spostrzeżeniu uzyskali korzystny wpływ na proces gruźliczy w płucu, uciśniętem przez odmę sztuczną zapomocą doopłucnowego wstrzykiwania sanochryzyny. Autor przypomina, że w latach 1925 i 1926 razem z *Bezançon'em i Etchegoin'em*, stosowali doopłucnowe wstrzykiwanie tranu u chorych na gruźlicę płuc. Leczenie to stosowano tylko u ciężko chorych, wytwarzając naprzód niewielką odmę sztuczną i wstrzykując 10 do 20 ccm tranu, poprzednio wyjałowionego i przesączonego przez świece L_3. Te wstrzykiwania stosowano co tydzień, w ogólnej sumie 5 do 10 wstrzyknięć. Powyższe usiłowania lecznicze budzą szczególne zainteresowanie nie tylko dlatego, że wstrzykiwania tranu wywołują odczyny miejscowe (powstawanie płynu, bogatego we włóknik i ciałka eozynochłonne oraz żywą skłonność do tworzenia się następowych zrostów), odczyny ogniskowe (zwiększenie się ilości plwociny a nawet małe krwioplucia) i odczyny ogólne (wywoływanie gorączki) a zatem wszystkie objawy, podobne do tuberkulinizacji—ale badania te wykazują niezwykłą łatwość działania środków leczniczych na proces chorobowy płuca, o ile te środki są wprowadzone drogą doopłucnową. Autor podkreśla, że zapach tranu wydzielał się z oddechem chorego już po upływie paru minut po dokonaniu wstrzykiwania. Również badania anatomów i fizjologów, wydobywając na jaw liczne połączenia tkanki płucnej z jamą opłucną zapomocą dróg chłonnych i krwionośnych, przedstawiają niewątpliwie poważne dane, które mogą służyć za podstawę do dalszych usiłowań leczniczych wpływania na proces chorobowy w płucach zapomocą wstrzykiwań doopłucnych.

Czarne plwociny u chorych gruźliczych. (L'expectoration noire des tuberculeux). A. Jousset. *Soc. Méd. des Hopil. Nr. 9, r. 1929.*

Praca niniejsza stanowi dalszy ciąg badań autora nad zawartością żelaza w plwocinie i w płucach u ludzi. Czarna plwocina nie należy do rzadkości stwierdzamy ją często u rozmaitych chorych płucnych, u sercowych, w szczególności zaś u chorych na gruźlicę płuc, których plwocina była przedmiotem niniejszych badań. Nie zawsze ta plwocina jest całkowicie czarna, często posiada tylko charakter plwociny pręgowatej. Badania autora opierają się

na 100 analizach plwociny u gruźliczych, w których 64 zawierało prątki Kocha i z których 36 były zupełnie jasne. Autor podkreśla, że to szczególne zabarwienie plwociny nie zależy od szczególnych właściwości powietrza paryskiego; mógł on się przekonać, że u górników niegruźliczych plwocina była zupełnie jasna, nawet ta, którą badano w parę godzin po ukończeniu pracy. Naodwrót zaś, stwierdzano plwocinę zabarwioną u chorych, którzy przebywali w klimacie wysokogórskim lub nad morzem, gdzie powietrze jest zupełnie czyste, przyczem należy zaznaczyć, że chorzy mieszkali w lokalach, w których i kuchnia i piece były elektrycznie ogrzewane. Stąd autor wnioskuje, że czarne lub szare zabarwienie plwociny zależy od osobnika odpluwającego.

Z badań autora wynika, że plwocina całkowicie jasna, pozbawiona czarnej domieszki a pochodząca od gruźlików, na 36 przypadków zawierała 35 razy prątki i to przeważnie w znacznej ilości. Plwocina szara na 52 przypadki zawierała 24 razy prątki i to przeważnie w ilości nieznacznej. Plwocina czarna (która wykazywała największą ilość żelaza) na 12 przypadków zawierała 5 razy prątki Kocha i to wyłącznie w niewielkiej ilości. Z tych badań wynika, że plwocina bardzo ciemna wskazuje na gruźlicę, postępującą powoli i skłonną do włóknienia. Powyższy wniosek wyprowadzony z badań nad plwociną jest w zupełnej zgodzie z twierdzeniem, dawno wygłoszonem przez *Tripier'a*, że włóknienie i bliznowacenie tkanki płucnej postępuje zawsze z wybitną pigmentacją płuca. Dalsze spostrzeżenia autora wykazały słuszność tego twierdzenia, gdyż się okazało przy dłuższej obserwacji chorych, że początkowo jasna plwocina gruźlików stawała się coraz ciemniejszą w miarę, jak proces chorobowy w płucach uspakajał się a gruźlicze zmiany ulegały bliznowaceniu. Powołując się na dawne badania autor jeszcze raz podkreśla, że tak zwane komórki pyłonośne (Cellules a poussieres) powinny otrzymać nazwę raczej komórek żelazistych (cellules martiales), gdyż ich zawartość nie jest pyłem (węglem) atmosferycznym lecz jest pozostałością żelaza krwi. Te właśnie komórki dają owo charakterystyczne zabarwienie szarych względnie czarnych plwocin. Co się tyczy pochodzenia tych komórek autor sądzi, że złuszczają się one w pęcherzykach płucnych, lecz ich właściwe pochodzenie sięga głębiej, gdyż dochodzi aż do naczyń krwionośnych. Badania histologiczne popierają to twierdzenie i autor mniema, że w płucach wytwarza się melanina z hemoglobiny w podobny sposob, jak się ona wytwarza w czerwonem ciałku krwi pod wpływem plasmodium malariae. To tworzenie się barwika krwiopochodnego w płucach nie jest bynajmniej procesem swoistym dla gruźlicy, gdyż każde schorzenie, a przedewszystkiem każdy zapalny proces, wywołujący czynne przekrwienie płuc, może być przyczyną powstawania pigmentacji płuca i ciemno zabarwionej plwociny, jednak nie ulega wątpliwości, że gruźlica, zarówno przez swój przebieg, jak i przez swe skłonności do krwawień, jest szczególnie częstą przyczyną powstawania omawianych zjawisk.

Poprzednie badania autora nad białkowym odczynem plwociny wykazały częstość a nawet stałe występowanie utajonego krwawienia w gruźlicy postępującej. Autor twierdzi, że niema plwociny gruźliczej, któraby nie zawierała krwinek, ale gruźlica włóknista posiada charakter szczególnie hemoragiczny, co możeby tłumaczyło jej korzystne dla chorego cechy. Oczywiście powyższe twierdzenia wymagają jeszcze dalszych badań i sprawdzenia.

Następnie autor omawia bliżej szczegóły techniczne, dotyczące określania ilościowego żelaza i węgla w plwocinie, Z pracy swej autor wyprowadza następujące wnioski: 1) Odpluwanie czarnej plwociny jest korzystnym wskaźnikiem dla gruźlika. 2) Plwocina mieszana nie przedstawia szczególnego rokowania, gdyż wskazuje ona na to, że obok ogniska chorobowego, które ulega bliznowaceniu, znajduje się inne w pełni rozwoju.

Wreszcie z powyższych badań wysuwa się trzecia uwaga a mianowicie, że w przypadku plwociny „pręgowatej“ lub mieszanej należy wybierać jasną plwocinę do badań na obecność prątków Kocha, gdyż plwocina ciemna, pochodząca z tych odcinków płuca, w których proces chorobowy ulega już wyleczeniu, zawiera małe ilości prątków lub może ich nawet wcale nie zawierać w przeciwieństwie do plwociny jasnej z nią zmieszanej.

O mechanizmie utrwalania się pyłu mineralnego w płucach. (Sur les mécanismes qui interviennent dans la fixation des poussières minérales par le poumon). A. Policard i S. Doubrow. *Presse Med. Nr. 21, r. 1929.*

*) Patologiczną podstawą powstawania pylic płuc są dwa problemy; pierwszy dotyczy miejsca i sposobu usadowienia się pyłu w tkance płucnej, drugi natomiast zmian następowych i odczynów ze strony tkanki płucnej. W niniejszej pracy autorowie omawiają pierwszy z tych problemów.

Autorowie mniemają, że sposób ujmowania patogenezy pylicy płuc ze stanowiska ataku i obrony nie odpowiada istotnemu stanowi rzeczy. Tkanka, w której pył się osadza reaguje na swój własny rachunek a sposób reagowania może wyjść na szkodę lub na dobro całego ustroju. Ustrój zaś najczęściej przyzwyczaja się do nowopowstałych warunków. Dla ujęcia problemu powstawania pylicy należy rozpatrzyć trzy czynniki: 1) jak się zachowuje pył zawieszony w powietrzu oddechanem, 2) miejsce i sposób utrwalania się pyłu na ścianie oskrzeli i w pęcherzykach płucnych, 3) sposób przenikania pyłu w głąb tkanki płucnej. W niniejszych rozpatrywaniach autorowie mają na myśli tylko pył mineralny a mianowicie pył węglowy, wapniowy, krzemowy i t. p.

I. Zachowanie się pyłu w drogach oddechowych.

Utrzymywanie się pyłu zawieszonego w powietrzu zależy przedewszystkiem od ruchu powietrza. Im silniejszy jest prąd powietrza, tem łatwiej pył,

---

*) Praca niniejsza dotyczy podobnego problemu jak powyżej streszczona praca *Joussela*. Sposób ujęcia tego problemu jest jednak odmienny. W ocenie obu tych prac nie należy wszakże zapominać, że po pierwsze *Jousset* zajmuje się tylko sprawą powstania jednej z pylic a mianowicie pylicy węglowej, (stwierdzając, że nie chodzi tu o węgiel ale o żelazo), po drugie, że praca *Policard'a i Doubrow'a* dotyka szerszego tematu, w którym może się pomieścić po części i problem usadawiania się drobnoustrojów w płucach; wreszcie po trzecie, że problem powstawania pneumokonioz, mimo prac ostatniej doby, nie może jeszcze uchodzić za rozwiązany i dlatego każda nowa praca w tej dziedzinie jest bardzo pożądana. (Przyp. ref.).

nawet większych rozmiarów, będzie się utrzymywać w powietrzu. Stąd też dalej przeniknie pył u człowieka pracującego fizycznie a więc oddechającego głęboko i intensywnie aniżeli u człowieka, który ma do czynienia z pyłem, lecz zachowuje przy tem fizycznie spokój. Podobnie pył, którego drobiny mają kształt spłaszczony lub których ciężar gatunkowy jest mniejszy, łatwiej pozostanie w zawieszeniu, niż pył o właściwościach odmiennych. Wreszcie wchodzi też w grę i ładunek elektryczny poszczególnych drobin pyłu, jak i stopień ich zwilgotnienia, któreto czynniki mogą się przyczyniać do aglutynacji czyli zlepiania się poszczególnych drobin w większe twory, które oczywiście trudniej się utrzymają w zawieszeniu.

II. Usadawianie się pyłu na błonie śluzowej oskrzeli. Z punktu widzenia fizjologji patologicznej należy odróżnić trzy rodzaje powierzchni dróg oddechowych: 1. powierzchnie pokryte rzęskami i śluzem (duże oskrzela), 2. powierzchnie oskrzelików bez rzęsek i bez śluzu i 3. powierzchnie pęcherzyków płucnych.

Jak wiadomo powierzchnie dróg oddechowych, począwszy od jamy nosowej aż do zrazików płucnych, pokryte są śluzem, pod którym znajdują się rzęski komórek nabłonkowych, wreszcie same komórki nabłonkowe. Ze względu na to, że rzęski swym stałym ruchem przesuwają śluz ku tchawicy aż do jamy ustnej, przeto cząsteczki pyłu, które padają na śluz zostają z nim razem wydalone nazewnątrz. W ten sposób pył nie styka się nawet z komórkami nabłonkowemi. Tak rzecz się ma w stanie fizjologicznym; być może, że w stanach patologicznych, kiedy i śluz nabiera odmiennych cech, sprawa powyższa przedstawia się inaczej. Począwszy od głównego oskrzelika, wchodzącego do zrazika płucnego, drogi oddechowe wyścielone są nabłonkiem sześcianowym bez rzęsek i bez komórek kieliszkowatych a zatem i bez śluzu. Średnica tych oskrzelików wewnątrzzrazikowych wynosi od 0.5 do 1,5 mm; ich powierzchnia często jest fałdowana, gdyż pod nią znajdują się włókna mięsne pierścieniowato ułożone. Z tych oskrzelików odchodzą oskrzeliki końcowe, pozbawione wyżej wspomnianych włókien mięsnych i wyścielone nabłonkiem, złożonym z komórek kubicznych, nieco spłaszczonych. Te odcinki dróg oddechowych są szczególnie wrażliwe i tu najprawdopodobniej następuje zakażenie drobnoustrojami. Drobiny pyłu dochodzą aż do oskrzelików śródzrazikowych: osiadają one tu łatwo, gdyż prąd powietrza w tem miejscu jest najmniej chyży a samo powietrze całkowicie nasycone parą wodną. Łatwa ranliwość tej okolicy dróg oddechowych jest w zupełności wytłumaczalna cienką warstwą nabłonka wyścielającego i brakiem tej osłony, jaką daje śluz. Drobiny pyłu zostają niejako wciśnięte w ścianę oskrzelików, przy skurczu wyżej wspomnianych włókien mięsnych. Komórki uszkodzone w ten sposób ulegają zwyrodnieniu i złuszczeniu, przez co pod niemi leżąca tkanka łączna jest bezpośrednio narażona na usadowienie się w niej drobin pyłu. Powierzchnia pecherzyków płucnych utworzona jest przez sieć włosowatych naczyń krwionośnych płuc i elastyczną tkankę łączną, ktora wypełnia oka sieci. Gdzieniegdzie znajdują się komórki jądrzaste. Powierzchnia pęcherzyków płucnych ulega łatwo zmianom przy odczynach ze strony krążenia krwi, naogół jest ona jednak odporna na czynniki mechaniczne. Jest rzeczą wątpliwą, czy w stanie fizjologicznym pył może dotrzeć aż do pęcherzyków płucnych. Praktycznie powietrze w pęcherzykach płucnych jest zupełnie czyste.

III. Sposób i drogi przenikania pyłu do wnętrza tkanki płucnej.

Autor przypomina, że pył znajdujemy tylko w tych częściach płuc, w których znajduje się tkanka łączna, sposób zaś w jaki drobiny pyłu docierają do tkanki łącznej nie jest do dziś dnia dostatecznie wyjaśniony. Rola makrofagów nie ulega wątpliwości co do faktu wchłaniania pyłu, natomiast rola ich w przenoszeniu pyłu jest według autora znacznie przeceniana. Wystarczy tu wskazać na to, że makrofagi nieraz są przepełnione drobinami pyłu, co niewątpliwie wpływa upośledzająco na ich ruchliwość a nadto spotyka się niejednokrotnie tak wielkie grudki pyłu, że wydaje się rzeczą wątpliwą, aby jedna komórka mogła to zadanie spełnić. Również rola chłonki zdaje się być przeceniana, gdyż w miąższu płucnym prąd chłonki jest bardzo słaby a istnieją drobiny pyłu o średnicy 8 do 10-iu mikronów. Jako najprawdopodobniejsze tłumaczenie autorowie przyjmują posuwanie drobin mineralnego pyłu drogą bezpośrednią. Przy czynności oddechania tkanka płucna przedstawia obraz wiecznie ruchomego podłoża; w ten sposób drobiny pyłu mogą być posuwane a ponieważ te drobiny są prawie zawsze kanciaste a często w postaci zakończenia strzały, przeto mogą one posuwać się naprzód, nie mogą, jednak cofać się wstecz. W ten sposob drobiny pyłu dochodzą do warstwy tkanki łącznej, która dzięki swej spoistości przedstawia przeszkodę nie do pokonania. Jako dowód przemawiający za słusznością powyższych poglądów przytaczają autorowie fakt, że cząsteczki mineralne znajdują się często w adventitia tętnic, natomiast nie spotyka się ich w media tętnic, która przedstawia tkankę nieprzenikalną dla pyłu. O roli tego mechanicznego czynnika, jakim jest oddechanie w procesie umiejscawiania się drobin pyłu świadczy także spostrzeżenie *Letulle'a*, który wykazał obecność złogów barwików (antracosis) w pasmach na powierzchni płuc, odpowiadających przestrzeniom międzyżebrowym a nie w miejscach przylegających do żeber.

Autorowie podkreślają, że przy całem prawdopodobieństwie powyższej teorji brak jeszcze dostatecznych doświadczeń, któreby tę sprawę odpowiednio wyjaśniły.

O bólach wywołanych przez zrosty pooperacyjne. (De la douleur dans les adhérences post-opératoires). A. Gosset R. Guttmann i R. Jahiel. *Presse Méd. Nr. 21 r. 1929.*

Jednem z najbardziej powszednich i najtrudniejszych do leczenia powikłań pooperacyjnych jest tworzenie się zrostów. Zrosty mogą być przyczyną zwężeń jelitowych, które wymagają zabiegu chirurgicznego; mogą one też, co zdarza się najczęściej, być przyczyną powstawania bólów, bez wywoływania zmian mechanicznych. Powstawanie tych bólów zależy od rozmaitych czynników. Wytworzenie się tkanki bliznowatej może drażnić otrzewną i wywoływać na odległość bolesne skurcze odźwiernika, jelit i t. p. Zrosty mogą także otaczać zakończenia nerwu współczulnego, którego podrażnienie jest bardzo bolesne; nadto w zapalnych tkankach zrostowych stwierdzono histologicznie istnienie włókien nerwowych, wobec czego objawy zapalne i przekrwienia przewlekłe w samej tkance bliznowatej mogą być również przyczyną bólu.

Rozmaicie próbowano walczyć z bólami, wywołanymi przez zrosty pooperacyjne, jednym ze sposobów jest stosowanie diatermji, dzięki jej działaniu zmniejszającemu przekrwienie. Autorowie wykonali szereg prób, wykorzystując właściwości eteru benzylcynamonowego, który dotychczas stosowano w przebiegu gruźlicy. Badania doświadczalne i kliniczne udowodniły, że ten środek, szczególnie polecany przez *Jacobson'a*, posiada właściwości zmiejszania przekrwień, rozszerzania naczyń krwionośnych i znieczulenia. Autorowie stosowali go w przypadkach bez wyjątku niegruźliczych. Pierwsza serja wstrzykiwań polegała na codziennem, śródmięśniowem wstrzykiwaniu 2 ccm 4°/₀-owego roztworu eteru benzylcynamonowego w oliwie (Clin), po przerwie 15 do 20-to dniowej stosuje się analogiczną serję drugą; całość leczenie wynosiła zazwyczaj 4 do 5 serji. W przypadkach korzystnych osiągano zupełne usunięcie bólu, względnie znaczne jego osłabienie. Ten dobroczynny wynik zaznaczał się już w czasie dokonywania pierwszych wstrzyknięć, najczęściej występowało to przy czwartem wstrzyknięciu. Część chorych, u których bóle ustąpiły, po zaprzestaniu leczenia ulegała nawrotom tego cierpienia, lecz w słabszym stopniu, inni chorzy w stopniu również silnym jak i poprzednio. Mniej więcej trzecia część chorych nie odczuwała żadnych skutków powyższego leczenia. Leczenie to nie sprowadza żadnych powikłań, ani też odczynów miejscowych czy ogólnych. Przeciwwskazania są następujące: wyraźna niedomoga wątroby lub nerek. Autorowie proponują stosowanie powyższego leczenia także i w przebiegu innych bólów w jamie brzusznej, jak przy bólach wywołanych przez stany zapalne woreczka żółciowego i t. p.

Leczenie gośćca stawowego zapomocą wstrzykiwań złota (L'aurothérapie dans les rhumatismes chroniques). J. Forestier. *Soc Méd. des Hôpit Nr. 8. r. 1929.*

W ostatnich czasach ogłaszano wiele prac dotyczących chemoterapji gośćca stawowego, i tak stosowano: siarkę, thorium i jego pochodne, jod i wiele innych. Autor rozpoczął stosowanie preparatów złota, które jak wiadomo w ostatnich latach znalazło szerokie zastosowanie w leczeniu gruźlicy. Jakkolwiek sanochryzyna nie spełniła pokładanych w niej nadziei, to jednak niektórzy autorowie stosują ją w leczeniu gruźlicy. Autor opierając się na pewnych analogjach klinicznych w przebiegu gruźlicy i gośćca, w szczególności zaś: przebieg gorączkowy, zaostrzenia objawów chorobowych pod postacią skoków, ujemny wpływ na ogólny stan chorego, niedokrewność, leukocytoza i t. p. — zastosował złoto, lecz postanowił użyć połączenia thiosiarczanu złota pod postacią soli organicznej złotowo-siarkowej; auro-thiopropanol sulfonate de sodium (allochryzyna). podany przez *A. Lumière'a i Perriné'a w r. 1927.* Allochryzyna zawiera 50°/₀ metalicznego złota i wstrzykuje się ją w 5°/₀-owem stężeniu w roztworze soli kuchennej. Objawy toksyczne występują u zwierząt dopiero w dawce 0.10 gr. na 1 klgr. wagi zwierzęcia.

Badania autora odnoszą się do 15-tu przypadków polyarthritis infectiosa o przebiegu gorączkowym, o dość złym stanie ogólnym i znacznemi zniekształceniami stawów typu wytwórczego, według klasyfikacji *Nichols'a i Richardson'a.* U 8 z tych chorych nie można było wykryć żadnego ściśle określonego zakażenia, u 2 grała rolę gruźlica, u innych 2 grypa i angina, u 3 płonica, zakażenie popołogowe i gościec stawowy ostry. Znaczna część tych chorych była już leczona środkami chemicznymi, wakcyną oraz kąpielami, bez widocznej poprawy. Autor stosował wstrzykiwania domięśniowe allochryzyny w dawce 26 ctgr. powtarzanej co 5 do 7-miu dni. Serja wstrzyknięć składała się z 10-ciu do 12-stu; w niektórych przypadkach, po miesięcznej przerwie, leczenie to powtarzano. Część pacjentów poddano równocześnie zabiegom hydroterapeutycznym, mineralnym w Aix-les-Bains.

Wyniki były następujące: u 5-ciu chorych poprawa jest tak znaczna, że autor spodziewa się uzyskać całkowite wyleczenie; u 5-ciu innych znaczna poprawa występuje, lecz w tempie wolniejszem; u 2 chorych, ze względu na niewielką liczbę wstrzyknięć polepszenie jest jeszcze nieznaczne; od 3 pozostałych autor nie ma wiadomości, lecz sądzi, że stan ich nie uległ pogorszeniu. Poprawa zaznacza się w zakresie stawów, zmniejszeniem lub zniknięciem zgrubienia maziówki i wysięku ze znacznem zmniejszeniem się bólu. Niektórzy z tych chorych, dotychczas całkowicie unieruchomieni, rozpoczęli chodzenie, wszyscy zaprzestali zażywania środków znieczulających. Gorączka znikała i stan ogólny znacznie się poprawiał.

Po wstrzyknięciu występował odczyn w postaci podwyższenia ciepłoty, niekiedy do 40°, ale tylko przejściowo. W 4-ech przypadkach wystąpiły biegunki i wymioty, raz erythema morbiliformis generalisata, po której nastąpiło łuszczenie się naskórka, raz wystąpiła polyadenopatia. W 3 przypadkach pojawiała się prawdziwa nietolerancja względem allochryzyny ,ze znacznem pogorszeniem stanu ogólnego, wytwarzaniem się ropni skórnych, u jednego wystąpiło pobudzenie dawnej zimnicy, u innego zaś stomatitis ulcerosa poddająca się trudno leczeniu. Jakkolwiek trudno jest ostatecznie orzec o trwałości uzyskanych wyników, ze względu na to, że najdłuższy czas obserwacji wynosi 10 miesięcy, to jednak autor nie wątpi, że allochryzyna przedstawia niewątpliwą wartość w leczeniu ciężkich postaci polyarthritis deformans. Co się tyczy sposobu działania autor nie sądzi, że allochryzyna leczy w analogji do collargolu lub innych środków, wywołujących wstrząs. Raczej autor przypuszcza, że szczęśliwe połączenie złota z siarką działa zabijająco na drobnoustroje usadowione w stawach.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA.

Patogeneza i leczenie kamicy żółciowej w świetle nowych faktów. (Quelques faits nouvaux dans la patogénie et le traitement de la lithiase biliaire). Gachlinger *Bruxelles — Medical Nr. 19, marzec 1929.*

Od czasu ogłoszenia prac *Chauffarda i Grigaut'a*, patogeneza kamicy żółciowej została, zdawałoby się, całkowicie wyjaśniona — zwiększenie zawartości cholesteryny we krwi i w związku z tem będące nieprawidłowo duże stężenie cholesteryny w żółci powodują jej strącanie się i powstawanie, w ten sposób, zawiązków kamieni: przyczynia się tu do wypadania cholesteryny z roztworu również zmniejszenie się w żółci, wskutek niedomogi wątroby, ilości kwasów żółciowych, które są jej naturalnym rozpuszczalnikiem i pozwalają na zagęszczenie cholesteryny w żółci bez wypadnięcia z roztworu. A więc przyczyną powstawania kamieni żółciowych

byłaby hypercholesterynemja wraz z niedomogą czynnościową wątroby. Źródłem cholesteryny dla ustroju są pokarmy (cholesteryna zewnątrzpochodna) i pewne narządy wydzielania wewnętrznego jak nadnercza i jajniki (ch. wewnątrzpochodna); zwalczając hypercholesterynemję, jako przyczynę kamicy, przepisywano chorym takim djetę bez — lub małocholesterynową.

W ostatnich latach podniesiono szereg faktów, nie mieszczących się w ramach powyższej teorji, jak np. wydzielanie cholesteryny nietylko do żółci, ale również przez śluzówkę całego przewodu kiszkowego.

Zakażeniu pęcherza żółciowego przypisuje się obecnie rolę decydującą w powstawaniu kamieni; w zmienionym zapalnie pęcherzu kwasy żółciowe ulegają o wiele szybszemu wsysaniu, niż w pęcherzu zdrowym. A więc głównemi czynnikami w powstawaniu kamieni, według najnowszych poglądów, byłyby: obecność złuszczanych zapalnie nabłonków i bakterji (ośrodek dla kamieni), zmniejszenie się ilości kwasów żółciowych w pęcherzu (przy niedrożności stałej lub czasowej przewodu pęcherzykowego) i zastój żółci. Do zakażania pęcherza żółciowego dochodzi na drodze krwionośnej (żyła wrotna), źródłem zakażenia jest śluzówka jelit zwłaszcza zmienionych zapalnie (colitis). Lecząc usposobienie do kamicy żółciowej, należy pamiętać przedewszystkiem o zwalczaniu zaparcia stolca, podawaniu środków żółciopędnych (lecznicze zgłębnikowanie dwunastnicy) i stosowaniu szczepionek (przeciw zakażeniu jelitowemu); ograniczanie diety takim chorym, w kierunku zmniejszenia ilości spożywanej cholesteryny. ma, w porównaniu do poprzednich zaleceń, bez porównania mniejsze znaczenie.

Wypadnięcie trzew jamy brzusznej w miejscu blizny pooperacyjnej. (L'evisceration post-opératoire spontanée chez l'adulte). Manod i Kiraly. *La Presse Méd. Nr. 16, luty 1929.*

Rozejście się lub rozerwanie powłok brzusznych w linji szwu operacyjnego, z następowem wypadnięciem trzew, jest naogół powikłaniem rzadkiem; w ogromnej większości przypadków ma ono miejsce w najbliższych dniach po operacji (koło 8 dnia najczęściej), rzadziej — w kilka miesięcy do 2—3 lat.

Do czynników uspasabiających do tego rodzaju powikłania należą: kiła i rak; poza tem, miejscowe— zakażenie rany operacyjnej (chociażby bez ropienia i większej gorączki), wzdęcia brzucha, gruźlica otrzewnej, przedwczesne zdjęcie szwów (w przypadku szwu jednopiętrowego). Czynnikiem bezpośrednio powodującym ewentrację jest zawsze jakiś większy wysiłek fizyczny; najczęściej kaszel, rzadziej — wymioty, podniecenie ruchowe, zbyt wczesne wstawanie z łóżka.

Charakterystycznem jest to, że jeżeli chorego takiego poddać natychmiastowej operacji, to szyjąc wtórnie nawet szwem jednopiętrowym, otrzymuje się zawsze zrost prawidłowy i mocny. Poza tem zwraca uwagę u tych chorych brak objawów bólowych w chwili powstawania ewentracji i bezpośrednio po tem; stan ogólny ulega poważniejszemu zakłóceniu dopiero po 10—12 godzinach. Rokowanie naogół jest niezłe, w przypadkach szybko i właściwie rozpoznanych i poddanych natychmiastowej operacji śmiertelność pooperacyjna wynosi przeciętnie 20% (wstrząs, zapalenie otrzewnej).

Profilaktycznie u chorych na kiłę, raka, wyniszczonych należy zdejmować szwy dopiero po 12 — 14 dniach (bez względu na umiejscowienie rany operacyjnej, gdyż szczegół ten nie gra tutaj większej roli), chorzy tacy powinni długo pozostawać w łóżku, a chodzić jakiś czas — z opaską na brzuchu.

Zabieg operacyjny polega na przemyciu wypadniętych trzew roztworem fizjologicznym soli, odprowadzeniu ich do jamy brzusznej i zeszyciu powłok szwem 3-piętrowym, po odświeżeniu brzegów rany; sączkowanie jest zwykle zbędne.

Autorowie podają sześć spostrzeganych przez siebie przypadków ewentracji wskutek rozejścia się brzegów rany; chorzy ci byli operowani w kilka godzin od chwili jej wystąpienia, wszyscy zostali wyleczeni bez powikłań.

Owrzodzenia przyodbytnicze w przebiegu zakażenia glistnicą robaczkową (oxyuris vermicularis). (Les ulcérations anales de l'oxyurase). Le Clerc. *La Presse Méd. Nr. 16, luty 1929.*

Zakażenie glistnicą robaczkową nie jest schorzeniem zupełnie dobrotliwem i nie zasługującem, z tego tytułu, na większą uwagę lekarzy. Poza rolą tego pasorzyta w powstawaniu różnych schorzeń przewodu pokarmowego (zapalenie wyrostka robaczkowego), jest on częstą, zdaje się, przyczyną powstawania w okolicy odbytu owrzodzeń o charakterze rozpadlin (fissurae) lub wrzodu wenerycznego, z ewentualnem powikłaniem ropniem przydbytniczym.

W pierwszym okresie tej choroby widać w fałdach śluzówki odbytu, na tle jednostajnego zaczerwienienia, szereg drobniutkich wyniosłości guzkowatych, bardzo swędzących — są to, być może, skupienia podśluzówkowe młodych pasożytów; pod wpływem ciągłego drapania na miejscu guzków powstają najpierw drobniutkie pęcherzyki, a później — owrzodzenia, które z początku mają charakter rozpadlin powierzchownych (rhagades), a później stają się głębsze i szersze, o brzegach ostrych i nieprawidłowych, jakoby trochę podminowanych, o dnie — pokrytem wydzieliną ropną; kształt tych owrzodzeń owalny, wielkość — soczewicy; owrzodzenia te do złudzenia nieraz przypominają wrzód weneryczny i mogą prowadzić do odnośnych pomyłek rozpoznawczych. Obrzmienia gruczołów chłonnych okolicznych nie bywa.

Leczenie polega tu na obmywaniu okolicy odbytu po każdym stolcu ciepłą wodą przegotowaną, wysuszeniu dokładnem i przysypaniu pudrem cynkowym (Zincum oxydatum); na noc — smarowanie okolicy odbytu i śluzówki dolnego odcinka odbytnicy szarą maścią, ewentualnie odpowiedni czopek; rano — lawatywa z dodatkiem cukru lub soli. Jako środek glistopędny (anthelminticum) — 3 do 5 g. dziennie węglanu bizmutu (bism. carbon.)

O konieczności zarzucenia nazwy żółtaczki nieżytowej (icterus catarrhalis) jako jednostki chorobowej (L'ictère catarrhal n'existe pas). Garnier. *La Presse Méd. Nr. 17, luty 1929.*

Jak wiadomo, chodzi tu o żółtaczkę, zwykle dość intensywną, która występuje naogół ostro i przebiega bez jakichkolwiek objawów ogólnych i bez gorączki. Dawna teorja Virchowa tłumaczyła patogenezę tego schorzenia zatkaniem dróg żółciowych wyprowadzających przez korek śluzowy, wytwór zmienionej zapalnie śluzówki przewodów. Po-

mimo licznych głosów sprzeciwu — między innymi *Chauffarda i Widala* nazwa ta pokutuje ciągle jeszcze w klinikach, jakkolwiek cały szereg faktów klinicznych, anatomicznych i doświadczalnych przemawia za ostatecznem jej skreśleniem.

A więc przedewszystkiem — brak równoległości między zjawieniem się i nasileniem żółtaczki, a odbarwieniem stolca, stolce stają się odbarwione dopiero w kilka dni po wystąpieniu żółtaczki, a z czasem stają się z powrotem zabarwione na wiele dni przed jej ustąpieniem; zupełnie inaczej bywa przy zwykłem mechanicznem zatkaniu przewodu żółciowego wspólnego, ale zato bardzo podobnie przebiega sprawa w t. zw. żółtaczce zakaźnej (icterus infectiosus), w której prąd żółci w wątrobie zostaje jakby błędnie skierowany, do światła naczyń krwionośnych — zamiast do światła przewodów żółciowych.

Ów korek śluzowy, zatrzymawszy się w brodawce Vatera, powinien wywoływać objawy niedrożności przewodu Wirsunga, jednak objawów tych w przebiegu żółtaczki nieżytowej nie widuje się prawie nigdy.

Próbowano w celach doświadczalnych wstrzykiwać do przewodów wyprowadzających różne rodzaje drobnoustrojów; okazało się przy tem, że tylko niektóre z nich są w stanie wywołać żółtaczkę, te same drobnoustroje wykazują jednocześnie silne działanie hemolityczne i okazują się bardzo wrażliwe na działanie bakterjobójcze żółci.

Autor jest zdania, że w przypadkach tak zwanej żółtaczki nieżytowej chodzi najczęściej o bardzo łagodne postacie żółtaczki zakaźnej (icterus infectiosus), której patogeneza nie ma nic wspólnego z zapaleniem przewodów wyprowadzających, gdyż istotą jej jest pewne zaburzenie czynnościowe wątroby, polegające na chorobliwem skierowaniu prądu żółci z przestrzeni międzykomórkowych do naczyń krwionośnych (decompositio). Stan zapalny przewodów wyprowadzających może powstać dopiero wtórnie.

Autor jest za zupełnem porzuceniem nazwy „żółtaczki nieżytowej" i zastąpieniem jej „ostrą żółtaczką bezgorączkową", która to nazwa obejmowałaby pewien zespół objawów klinicznych, nie przesądzając ich patologji i patogenezy.

Uwagi w sprawie rozpoznawania i leczenia krwawień u krwawców. (Remarques cliniques et thérapeutiques sur les hémorrhagies hémophiliques). Emile — Weil. *La Presse Méd. Nr. 17 luty 1929.*

Krwawienia u krwawców nie bywaią nigdy samoistne, są zawsze spowodowane przez pewien uraz, który bywa coprawda niewspółmiernie drobny w porównaniu z wywołanym przez się krwotokiem, chory taki zostaje wykrwawiony nie wskutek gwałtowności krwotoku, a dzięki jego nieprzerwanemu trwaniu, pomimo stosowania różnych przeciwśrodków. Przyczyna tych krwawień, znaczne wydłużenie czasu krzepnięcia, utrzymuje się i w przerwie między krwawieniami, które wykazują pozatem charakterystyczną tendencję do nawrotów w temże miejscu i pewną okresowość w czasie występowania.

O ile rany cięte u krwawców nie przedstawiają większych trudności przy tamowaniu krwawienia, to w przypadkach ran tłuczonych lub szarpanych rzecz się ma inaczej—w uchyłkach rany powstają skrzepy nieprawidlowe, właściwe krwawcom, które uniemożliwiają zatrzymanie się krwawienia w danem miejscu i dlatego przy opatrunku takie miejsca krwawiące należy zawsze oczyszczać dokładnie z owych skrzepów patologicznych, aby móc podziałać odpowiednim środkiem bezpośrednio na ranę.

Najczęstszem umiejscowieniem krwawienia w przebiegu krwawiączki (zwykle cięższej) są stawy, staw taki po jednorazowym wylewie krwawym szybko i całkowicie powraca do stanu prawidłowego; o ile wylewy powtarzają się w zakresie tego samego stawu, to prowadzą po pewnym czasie do jego zapalenia zniekształcającego.

Do rzadszych umiejscowień wylewów krwawych należą: opony, dno jamy ustnej, oczodół.

L e c z e n i e m i e j s c o w e w przebiegu krwawiączki, a więc leczenie rany krwawiącej powinno polegać na jej dokładnej toalecie, usunięciu, ewentualnie wypłókaniu, wszelkich skrzepów i nałożeniu opatrunku z gazy, zwilżonej prawidłową surowicą krwi — krwawienie z reguły zostaje zatrzymane w ten sposób całkowicie.

L e c z e n i e o g ó l n e polega na przetaczaniu krwi niezmienionej lub z dodatkiem cytrynianu sodu, ewentualnie na wstrzykiwaniu surowicy ludzkiej lub zwierzęcej; wszystkie te środki dają tutaj wyniki bardzo dobre, nietylko doraźnie, ale i na dłuższy czas.

Jeśli zaś chodzi o profilaktyczne uchronienie krwawca od ewentualnych krwawień, to najlepiej jest wstrzykiwać co miesiąc podskórnie 10 — 20 cm^3 surowicy krwi (zależnie od wieku), przyczem nie należy się obawiać uczulenia, choroby posurowiczej — przynajmniej u krwawców samoistnych (dziedzicznych), u których leczenie to można kontynuować latami, z wynikiem jaknajlepszym. Krwawienia u chorych leczonych w ten sposób występują coraz rzadziej i w coraz słabszej postaci, wreszcie ustają zupełnie. Autor leczył pewnego krwawca, którego genealogja krwawiączkowa sięgała XVIII wieku (200 krwawców w rodzie), a który został wyleczony zupełnie po wstrzykiwaniach surowicy, stosowanych w ciągu 7 lat.

Leczenie guzów krwawnicowych prądem elektrycznym. (Traitement électrique des hémorroides). Marchand. *Le Journal Méd. Francais, Nr. 2, luty 1929.*

Stosowanie prądu elektrycznego zmiennego w leczeniu guzów krwawnicowych może mieć na celu albo jego działanie przeciwzapalne, łagodzące, albo też — wywołanie nekrozy śluzówki i tkanki podśluzówkowej, z następowem ich zbliznowaceniem i zanikiem żylaków.

To pierwsze działanie znajduje zastosowanie przeważnie w ostrym okresie choroby, gdyż zmniejsza przekrwienie danej okolicy, łagodzi bóle i zatrzymuje krwawienie i w ten sposób umożliwia dokładne zbadanie chorego np. rektoskopem, ewentualnie przygotowuje teren pod przyszły zabieg, już mniej więcej doszczętny. Służą do tego celu: metoda Doumera lub diatermia. Metoda Doumera polega na zastosowaniu prądu zmiennego o dużej częstotliwości i wysokiem napięciu; jest to sposób jednobiegunowy — elektrodę metalową w kształcie stożka wprowadza się do odbytnicy, poczem przepuszcza się prąd w ciągu 5-iu minut: poprawę chory zaczyna odczuwać po 3 — 4 razach, cała zaś kuracja składa się z 10 — 12 posiedzeń. W przypadkach cięższych a zwłaszcza przy dużych bólach będzie więcej wskazana diatermia, która polega na przepuszczaniu prądu o dużej częstotliwości, ale niskiem napięciu, przy

użyciu dwu biegunów — elektrodę czynną w kształcie świecy Hégara wprowadza się do odbytnicy, a elektrodę obojętną (blaszka cynowa) umieszcza się w okolicy lędźwiowej, ewentualnie dodaje się jeszcze drugą obojętną na brzuch; po 3 — 4 posiedzeniach może wystąpić przejściowe pogorszenie, a po 10 — dolegliwości zwykle ustępują zupełnie.

Metody tak zwane doszczętne polegają na wywołaniu zapomocą prądu o dużej częstotliwości elektrokoagulacji tkanki podśluzówkowej wraz z żylakami; o ile ta elektrokoagulacja obejmuje i samą śluzówkę, wówczas po odpadnięciu strupa pozostaje rana która może ulec zakażeniu i doprowadzić do następowych zwężeń światła odbytnicy. Sposoby te wymagają albo uśpienia chorego, albo znieczulenia krzyżowego (inj. epidural.), lub też conajmniej dokładnego i rozleglego znieczulenia miejscowego. Koagulację tkanki osiąga się przez dotknięcie danego guzka elektrodą kulistą, nakłucie elektrodą w kształcie igły, lub też zapomocą naiskrzania (l'étincelage). W pierwszych dniach po zabiegu występuje czasami silny odczyn zapalny z gwałtownemi nieraz bólami.

Autor będąc gorącym zwolennikiem stosowania w leczeniu guzów krwawnicowych metody Doumera i diatermji jako zabiegów wstępnych do operacji bardziej doszczętnej, ma cały szereg zastrzeżeń przeciwko sposobowi elektrokoagulacji — jak konieczność rozległego znieczulania, umieszczaniu chorych takich w szpitalu i niebezpieczeństwo zakażenia. Za metodą z wyboru uważa wstrzykiwanie w okolicę guzków środków drażniących, ze względu na jego bezbolesność, zupełną bezpieczność i możność stosowania ambulatoryjnego.

Leczenie zwężeń zapalnych odbytnicy. (Le traitement des retrécissements inflammatoires du rectum). Rachet. *Le Journ. Méd. Français. Nr. 2. luty 1929.*

Poza rakiem, zwężenie zapalne odbytnicy należą do jej najbardziej uporczywych i najtrudniej poddających się leczeniu schorzeń. Leczenie tych zwężeń ma na celu: 1. zwalczanie przyczyny zwężenia, a właściwie przyczyny poprzedzającego to zwężenie zapalenia odbytnicy — a więc leczenie etjologiczne; 2. rozszerzanie odcinka zwężonego i utrzymywanie jego drożności; wreszcie 3. zabezpieczenie możności opróżniania się przewodu pokarmowego z mas kałowych (odbyt sztuczny).

Leczenie etjologiczne powinno tutaj być, jakby się zdawało, a priori najważniejsze i najbardziej wydatne; jednakże tak nie jest, gdyż etjologja zwężenia już wykształconego często bywa trudna do wyjaśnienia, a nawet gdy jest wiadoma— leczenie swoiste większego wyniku tutaj nie daje. Tłem tych zwężeń bywa: kiła (stosuje się, jak zwykle, arsen, rtęć, bizmut), rzeżączka (jakie takie wyniki osiągano, stosując surowicę i szczepionki miejscowo — w myśl teorji *Besredki* o odporności miejscowej), gruźlica, zakażenie pełzakowe (emetyna i arsen), nocardia i inne.

Zwalczanie samego zwężenia wstrzykiwaniami tiosinaminy i środków podobnych zostało już zupełnie zarzucone; rozszerzanie mechaniczne rozszerzadłami kauczukowemi lub metalowemi (Hégar) okazuje się również mało skuteczne, a do tego jest bardzo bolesne i niebezpieczne ze względu na możność obrażenia tkanek okolicznych i ewentualnego zakażenia. Ale zato bardzo dobre wyniki można osiągnąć, stosując diatermję — elektrodą czynną jest odpowiednie co do kalibru rozszerzadło Hégara, elektrodami biernemi — 2 blaszki cynowe, na okolicę lędźwiową i brzuch. W miarę poprawy wprowadza się coraz grubsze rozszerzadła. Diatermja — ze względu na szybkość wyniku, prostotą wykonania i zupełne bezpieczeństwo — jest uważana obecnie za metodę z wyboru w leczeniu zwężeń zapalnych odbytnicy, tembardziej, że działa dodatnio nietylko na samo zwężenie, ale także i na proces zapalny, który mu towarzyszy.

Leczenie operacyjne zwężeń odbytnicy ogranicza się, jak obecnie, prawie wyłącznie do wytworzenia odbytu sztucznego, czasowego lub stałego. Zaznaczyć tu należy, że wprowadzenie do lecznictwa zwężeń diatermji ograniczyło w stopniu znacznym zakres wskazań do tej mocno okaleczającej chorego operacji, jaką jest wytworzenie sztucznego odbytu.

Ropne zapalenie tkanki przynerkowej. (La paranéphrite purulente). Blumenthal. *Journ. d'Urologie, XXVII. Nr. 1, styczeń 1929.*

Obraz kliniczny ropnego zapalenia luźnej tkanki łącznej przynerkowej zawiera jeszcze wiele szczegółów niezupełnie wyjaśnionych. Dotyczy to zwłaszcza jego etjologji i patogenezy. W 12% przypadków schorzenie występuje po urazie (upadek, uderzenie, dźwignięcie większego ciężaru); w 20% — wikła uprzednie zakażenie nerki, ukryte lub jawne (wodonercze, kamienie, ropień); w paru procentach zaledwie proces zapalny przechodzi z narządów sąsiednich — przedziurawienie wrzodu dwunastnicy, zakażenie dróg żółciowych, ropne zapalenie trzustki, rzadziej — wikła zapalenie narządów rodnych, wyrostka. W 33% zapalenie tkanki przynerkowej rozwija się na drodze przerzutu ropnego — z czyraka zwykłego lub mnogiego, zastrzału, ropowicy, wyprysku, anginy; zakażenie tkanki przynerkowej za pośrednictwem naczyń chłonnych zdarza się bardzo rzadko. W niektórych przypadkach zakażenie może przejść do tkanki przynerkowej poprzez nieuszkodzony miąższ nerki, nie wywołując w nim żadnych zmian.

W olbrzymiej większości przypadków (90%) badanie bakterjologiczne ropy wykazuje obecność gronkowca; w pozostałych znajdowano pneumokoki, dwoinki rzeżączkowce, łańcuszkowce i prątki okrężnicy.

Najczęstszem umiejscowieniem ropnia przynerkowego bywa okolica do tyłu od nerki, po tem — okolica, bieguna dolnego, górnego, i wreszcie najrzadziej — przestrzeń do przodu od nerki.

Częstem powikłaniem ropnia przynerkowego jest surowicze lub ropne zapalenie opłucnej (przejście bezpośrednie zakażenia poprzez przeponę lub naczyniami chłonnemi).

Leczenie — według autora — wyłącznie operacyjne; śmiertelność wynosi koło 12%.

Wspólny zespół kliniczny zapalenia wyrostka robaczkowego i okrężnicy i wzajemna ich od siebie zależność. (La colite appendiculaire et les cas limites de l'appendicite). Jacquet. *Paris Méd. Nr. 8. luty 1929.*

Kiedyś przed laty patrzano na zapalenie wyrostka robaczkowego jako na powikłanie zapalenia kątnicy. Dzisiaj wiadomem jest ogólnie, że wyrostek jako narząd bogato wyposażony w tkankę limfoidalną ulega zakażeniu pierwotnie („tonsilla abdo

minalis") i wtórnie dopiero powoduje stan zapalny okrężnicy, zakażając ją drobnoustrojami, stale przebywającemi w jego świetle. Przypadki skojarzenia objawów zapalenia wyrostka (zawsze przewlekłego w tych razach) z objawami zapalenia okrężnicy są bardzo częste; w obrazie klinicznym na plan pierwszy wysuwają się na zmianę jużto objawy wyrostkowe, jużto objawy ze strony okrężnicy. Zapalenie okrężnicy ma w tych przypadkach swój odrębny charakter — nie bywa tutaj stolców nawpół sformowanych, z dużą domieszką śluzu, przeciwnie, stolce są suche, zaparte (brak wyraźnego odczynu zapalnego ze strony śluzówki), a żywa bolesność uciskowa okrężnicy na jej przebiegu świadczy raczej o umiejscowieniu się zmian zapalnych w warstwie mięśniowej i tkankołącznowej jej ściany, Badanie rentgenologiczne tego rodzaju chorych stwierdza z reguły hypertonją, a nawet stan skurczowy kątnicy i wstępnicy (letat s'pasmé du caecoascendant) i w związku z tem zwolnienie przechodzenia treści jelitowej na tym odcinku, tak charakterystyczne wogóle dla przewlekłego zapalenia wyrostka.

Pomimo dokładnego badania tych chorych, u niektórych z nich niepodobna doszukać się wyraźnej zależności zapalenia okrężnicy od zapalenia wyrostka; sprawy te przebiegają jakby współcześnie ale niezależnie od siebie. Jest to zresztą zupełnie zrozumiałe, gdyż wyrostek i okrężnica są częściami kiszki grubej i ten sam czynnik chorobotwórczy (zakażenie) może wywołać odpowiednie zmiany jednocześnie i w wyrostku robaczkowym, i w okrężnicy, co tłumaczy w zupełności spostrzegany fakt, że po wycięciu wyrostka objawy zapalenia okrężnicy nieraz utrzymują się nadal.

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Uwagi w sprawie ochrony krocza. (Reflexions sur la protection du périnée). Keller R. *Revue Française de Gynécol. et d'Obstétr. Nr. 2, r. 1929.*

Zastanawiając się nad sprawą prowadzenia porodu na wznak, czy w pozycji na boku, w związku z ochroną krocza w momencie przerzynania się główki, autor oddaje pierwszeństwo pierwszemu sposobowi, a to dlatego, że nie widzi wyższości porodu na boku, a sposób ten jest bardziej od pierwszego kłopotliwy i wymaga dodatkowego pomocnika.

Dokładne obejrzenie krocza jest możliwe również przy pozycji na wznak przy odpowiednio wysokiem ułożeniu miednicy rodzącej, a osłabienie zbyt silnych w tym momencie bólów partych da się osiągnąć przez odpowiednie pouczenie rodzącej,

W sprawie samoistnego i stałego rozwarcia szyji macicznej podczas ciąży. Brindeau A. *Bulletin d. l. Soc. d'Obstetr. et de la Gynecol. Nr. 4, 1928.*

Autor przytacza 3 przypadki, w których bez bólów, bez nadmiernego rozciągnięcia macicy szyja była zanikła i rozwarta w 2 przypadkach do wielkości 2—5 franków, a w 3 przypadku nawet całkowicie. W tym ostatnim przypadku autor stwierdził ku swemu niezmiernemu zdziwieniu rozwarcie całkowitego ujścia zewnętrznego, główkę ustaloną we wchodzie. Ciężarna była wówczas w 8-ym miesiącu II-ej ciąży.

Pomimo takiego stanu rzeczy osoba ta donosiła płód do końca ciąży i urodziła szczęśliwie bez najmniejszych powikłań.

Przypadek powyższy wykracza daleko poza znany wielu położnikom stan szyji macicy, przez którą (u wieloródki) można wprowadzić prawie zawsze 1 — 2 palców.

O znieczuleniu nadoponowem w położnictwie. (De l'anesthésie epidurale en obstétrique). Henry J. R., Jaur L. *Gynecologie et Obstétrique T. XIX. Nr. 1.*

Autorowie dzielą znieczulenie nadoponowe (inaczej krzyżowe—wprowadzenie płynu znieczulającego przez hiatus sacralis) na dwa rodzaje: wysokie i niskie zależnie od głębokości na jaką wprowadzi się igłę i przez to płyn znieczulający.

Przy znieczuleniu wysokiem wprowadza się długą igłę na głębokość 4 do 5 cm. do kanału krzyżowego, przy znieczuleniu niskiem — zaledwie na głębokość 1 do 3 cm.

Do znieczuleń używają autorowie scurocainy w 2% rozczynie, przygotowanym ex tempore z dwu następujących ampułek:

1.	Natr. bicarbonici	0,15
	Natri chlorati	0,10
	Aq. destil	20,0
2.	Scurocaini	0,60
	Adrenalini sol. 1/1000 VII kropli	
	Aq. destil.	10,0

Płyn otrzymany ze zmieszania tych dwu ampułek używa się w ilości 15 — 20 cm^3 (0,3 do 0,4 czystej scurocainy).

Znieczulenie występuje prawie natychmiast po głębokiem wprowadzeniu igły (znieczulenie wysokie) natomiast znieczulenie niskie każe na siebie czekać od 5 do 20 minut. Okres znieczulenia trwa od $1^1/_2$ do 3-ch godzin.

Znieczulenie wysokie dotyczy całego kanału rodnego z macicą włącznie, przyczem zniesiona jest zdolność ruchu jednocześnie z czuciem w tej okolicy. Czynność porodowa staje przytem na okres znieczulenia, a macica opróżniona traci niekiedy całkowicie zdolność kurczenia się (niebezpieczeństwo niedowładu.

Znieczulenie niskie powoduje zniesienie czucia i osłabienie ruchliwości i kurczliwości tylko w okolicy krocza, sromu, pochwy, wewnętrznych powierzchni ud i najczęściej szyjki macicy, natomiast nie wpływa zupełnie na ruchomość względnie kurczliwość macicy, jak również na jej bolesność.

Już z tego porównania widać, że znieczulenie nadoponowe niskie ma olbrzymią wyższość, co do praktycznego zastosowania go w położnictwie nad znieczuleniem wysokiem.

To ostatnie może wchodzić w grę jedynie tam, gdzie pragniemy zatrzymać bieg czynności porodowej na 2 — 3 godz., lub gdzie zamierzamy wykonać obrót zewnętrzny lab wewnętrzny przy obkurczonej macicy; liczyć się jednak tu zawsze musimy z możliwością ciężkich, a niekiedy niemożliwych do opanowania krwotoków z niedowładu macicy.

Zupełnie inaczej przedstawia się sprawa ze znieczuleniem nadoponowem niskiem. Nadaje się ono wszędzie tam, gdzie pragniemy koniec rozwarcia (od małej lub lepiej dużej dłoni), okres drugi i trzeci przeprowadzić bez bólu. Rozwarcie postępuje wówczas szybciej, gdyż znika bolesność ujścia zewnętrznego, a bóle porodowe macicy nic nie

tracą na sile, w wyniku więc zyskują na wydajności. Krocze staje się podatniejsze, dzięki czemu rzadko przychodzi do pęknięć; a skoro by takowe miało miejsce to zeszycie odbywa się bez bólu. Jeśli chodzi o zabiegi, to rozwarcie ujścia zewnętrznego operacyjne staje się łatwiejsze; ponadto znieczulenie to znakomicie nadaje się do operacji kleszczowej. Natomiast do obrotów znieczulenie niskie nie nadaje się zupełnie. Okres trzeci przebiega prawidłowo. Brak parcia na stolec (bólów partych) zastąpić można świadomem parciem rodzącej.

W końcu swego artykułu przytacza autor 20 obserwowanych przez się przypadków porodu przeprowadzonych w znieczuleniu nadoponowem częściowo niskiem, częściowo wysokiem.

Gruźlicze zapalenie opon mózgowych, a ciąża. (Méningite tuberculeuse et gestation). Couvelaire A., Lacomme M. *Gynecologie et Obstetrique T, XIX, Nr. 1.*

W związku z czterema przypadkami gruźliczego zapalenia opon mózgowych w ciąży, obserwowanemi osobiście. autorowie zwracają uwagę na następujące cechy tego schorzenia.

Gruźlica zajęła opony mózgowe u znacznej ilości kobiet (2 na 4), które nie wykazywały żadnych zmian w płucach: Występowała ona nie w początku ciąży lecz zawsze po 6-ciu miesiącach a w większości przypadków (3 na 4) już w końcu ciąży. Rozpoznanie gruźlicy opon mózgowych bywa bardzo trudne i może dać powód (w 1 przypad.) do błędnego rozpoznania rzucawki porodowej.

W większości przypadków gruźlica opon mózgowych nie wywoływała przerwania ciąży (za wyjątkiem jednego przypadku).

Z dwojga dzieci urodzonych żywych i zdolnych do życia ani jedno nie pozostało przy życiu. Badania na obecność laseczników Kocha przeprowadzono u trojga dzieci; w dwu laseczniki wykryto. W przypadku trzecim badania dały wynik ujemny, lecz też nadmienić należy, że gruźlica opon mózgowych rozwinęła się tu wyraźnie dopiero po porodzie dziecka.

Nawiązując i biorąc pod uwagę materjał znany z piśmiennictwa w omawianej sprawie autorowie dochodzą do następujących wniosków:

1) meningitis tbc. może być powodem do mylnego rozpoznania w pierwszych miesiącach ciąży — wymiotów niepowściągliwych, w drugiej połowie ciąży — rzucawki porodowej.

2) gruźlica pod postacią zapalenia opon mózgowych ma szczególne powinowactwo do płodów i prawdopodobnie przez zakażenie poprzez łożysko idące powoduje dziedziczną gruźlicę dzieci, wywołującą ich bardzo znaczną śmiertelność.

3) możliwe jest jednak utrzymanie dzieci przy życiu, jednak wydobytych z łona matki możliwie przed wystąpieniem objawów meningitis tbc.

4) należy to uczynić najlepiej cięciem cesarskiem przy ustalonem rozpoznaniu i o ile dziecko już jest zdolne do życia.

Bóle miesiączkowe. (Les algies cataméniales). Kreis J. *Le Journal Medical Français T. XVII, Nr. 12, 1928.*

Autor nie uznaje terminu „dysmenorrhea" twierdząc, że wprowadza on chaos w dział zaburzeń miesiączkowania, mówi zatem o bólach miesiączkowych.

Obserwując dokładnie podmiotowe i przedmiotowe objawy t. zw. dysmenorrhea dochodzi K. do wniosku, że mamy tu do czynienia z pewną postacią zaburzenia w układzie roślinnym (autonomicznym-wegetatywnym). Prawdopodobnie, tłomaczy sobie autor, zaburzenie to jest skutkiem nagłej zmiany w organizmie kobiety, przygotowanym w każdym okresie przedmiesiączkowym do ciąży, a polegającej na przyjściu miesiączki niszczącej celowość tych przygotowań, dotyczących wszak nietylko macicy, ale szeregu gruczołów tak o wewnętrznem, jak o zewnętrznem wydzielaniu. Zaburzenie powyższe wyraża się w postaci bólu, który bądź jest skutkiem nadmiernej intensywności skurczu w zasadzie swej fizjologicznego, lecz przekraczającego czuciowy próg świadomości, bądź objawem zapalenia narządów,

które pod wpływem wyż. wspomnianego zaburzenia otrzymały bodziec ruchowy.

W sferze pozapłciowej na pierwsze miejsce wysuwają się objawy ze strony przewodu pokarmowego, a mianowicie: ze strony kiszki grubej, pod postacią bądź zaparcia, bądź wolnych stolców.

W przypadkach tych wskazane jest przedewszystkiem leczenie djetetyczne.

W zakresie narządów płciowych bóle umiejscowiają się po bokach najczęściej wtedy, kiedy siedliskiem ich są schorzałe przydatki macicy (zapalenie, zmiany rozwojowe, guzy). Natomiast bóle umiejscowione w linji środkowej zależą najczęściej bądź od macicy samej, bądź od więzadeł krzyżowomacicznych.

W zwężenie kanału szyjki macicy autor nie wierzy; dobre wyniki natomiast uzyskiwane w omawianym schorzeniu bądź to zapomocą krwawych zabiegów operacyjnych, bądź niekrwawego rozszerzenia szyjki, *Kreis* tłumaczy sobie z jednej strony sugestją (zresztą sugestja lub psycho-analiza może wyleczyć nie jedną boleśnie miesiączkującą chorą bez rozszerzenia szyjki), z drugiej strony zasadniczym rozszczepieniem struktury budowy mięśniowej tej okolicy; zabiegi te niejako dysharmonizują całość skurczu wychodzącego z szeregu grup mięśniowych składających się na ścianę mięsną macicy.

W stanach takich leczenie atropiną daje dobre i trwałe wyniki. Wreszcie w przypadkach zaparcia nawykowego stwierdza się objawy zapalenia więzadeł krzyżowo-macicznych, które przy skurczach macicy podczas miesiączki powoduje ból; w tych przypadkach pierwszorzędne znaczenie ma dla etjologji bólów skrócenie i niepodatność tych więzadeł.

Rozpoznanie i leczenie bolesnego miesiączkowania. (Diagnostic et traitement des dysménorrhées). Vayssiére E. *Le Journal Médical Français T. XVII. Nr. 12, 1928.*

Autor dzieli dysmenorrhea na 3 postacie: nerwową, mechaniczną i przydatkową. Postać pierwsza jest właściwie nerwicą zaostrzającą się w związku z miesiączką; niestałość objawów jest tu charakterystyczna — leczenie zaś polegać będzie na poprawie stanu nerwowego.

Postać druga, w której przyczyną bólów w czasie miesiączki jest przeszkoda mechaniczna, charakteryzuje się znanemi objawami bólów tuż przed i w początku miesiączki. Przeszkodą mechaniczną może być bądź to wtórne zwężenie kanału szyji po zbyt energicznem przypalaniu leczniczem, bądź pierwotne — czy to na skutek nadmiernego przodozgięcia i przez to przegięcia kanału szyji, czy to na skutek istnienia w kanale szyji nierównych, twardych występów łącznotkankowych, nadających niekiedy kanałowi szyji kształt bagnetu. Odmiennie przedstawia się bolesne miesiączkowanie przy retro-versio, czy flexio uteri. Miesiączka zatrzymuje się w czasie swego przebiegu na 12 — 24 godz. bóle zaś, jakkolwiek nie tak silne jak przy anteflexio nimia, trwają w czasie miesiączki dopóki nie nastąpi całkowite opróżnienie (tutaj utrudnione) macicy ze krwi miesiączkowej.

U młodych dziewcząt bolesne miesiączkowanie zależeć może od pewnego stopnia niedorozwoju, który mija z biegiem czasu, pod wpływem wieku i życia płciowego.

W leczeniu mechanicznej dysmenorrhea zaleca V. jako pessarium na stałe rurkę Iribarne'a, zmodyfikowaną przez prof. *Audebert'a;* pozatem zastosować można znane zabiegi operacyjne (u nas zabieg *Rosner-Mars'a* — przyp. refer.) względnie proponowane ostatnio przez *Excbaquel'a* nacięcie elektro-koagulację boków ujścia zewnętrznego macicy. Włókniaki podśluzowe, będące niekiedy przyczyną bolesnego miesiączkowania wymagają leczenia swoistego.

Wreszcie postać przydatkowa, w której bóle podczas perjodu zależą bądź to od utrudnienia mechanicznego w jajeczkowaniu, bądź od dodatkowego przekrwienia miesiączkowego, dotykającego już przekrwione zapalnie narządy rodne — wymaga leczenia konserwatywnego czy operacyjnego właściwego dla zapaleń przydatków.

Pamiętać należy, że w poszczególnych przypadkach mogą się wyżej wymienione typy mieszać i zlewać ze sobą dając obrazy mniej lub więcej złożone.

Zwężenie cieśni macicy. (La sténose isthmique). Douay E. *Le Journal Médical Francais T. XVII. Nr. 12, 1929.*

Autor wprowadza jeszcze jeden czynnik dla wyjaśnienia bolesnego miesiączkowania: jest nim pobudliwość macicy. Macica niepobudliwa znosi większe ilości wypełniającego ją płynu, natomiast pobudliwa, nadmiernie kurczliwa reaguje nawet na niewielkie ilości płynu silnymi, bolesnymi skurczami; jeśli do tego stanu dołączy się jeszcze zwężenie ujścia wewnętrznego macicy to wystąpi bolesne miesiączkowanie; natomiast istnieć może zwężenie ujścia wewnętrznego macicy przeszkadzające zajściu w ciążę, a nie wywołujące bolesnego miesiączkowania, o ile macica jest mało kurczliwa, mało pobudliwa, jak mówi D. „tolerancyjna".

Zwężenie cieśni, czyli w przybliżeniu okolicy ujścia wewnętrznego bywa 4-ch rodzajów: 1) wrodzone, 2) czynnościowe, czyli spastyczne, 3) mechaniczne dzięki nadmiernemu zgięciu ku przodowi lub ku tyłowi i 4) bliznowate lub wtórne po stosowaniu przypalań wewnątrzmacicznych.

Rozpoznanie zwężenia ujścia wewnętrznego macicy ustalić można na zasadzie badania lekko wygiętym zgłębnikiem. Zwężenie wrodzone lub bliznowate rozpoznaje się wtedy, kiedy zgłębnik nie przechodzi bez względu na położenie macicy. Przy zwężeniu na skutek zgięcia zgłębnik przechodzi do macicy po wyprostowaniu jej zapomocą ściągnięcia ku dołowi.

Zwężenie czynnościowe, skurczowe (spastyczne) charakteryzuje się niestałością stopnia zwężenia, nagół w tych przypadkach łatwiej przejdzie twardy metalowy zgłębnik, niż miękki gumowy.

Jeżeli chodzi o postępowanie lecznicze to autor poleca (po stwierdzeniu zapomocą hystero-salpingografji lub przedmuchiwania drożności trąbek) rozszerzenie kanału szyi w uśpieniu ogólnem do N 30 lub 33 (skala *Charrière'a*) = 10 do 11 milimetrów, następnie nacięcie boczne kanału szyi i założenie kauczukowej rurki wewnątrzmacicznej. Rurka ta stosowana przez *Douay*, jest podobna do rurki *Iribarne'a*, jednak dzięki temu, że jest z gumy daje się wyciągnąć i spłaszczyć przy zakładaniu na zgłębniku do macicy, przybierając następnie po wycofaniu sondy kształt odpowiedni szeroki. Rurka taka nietylko ustala wykonane uprzednio rozszerzenie kanału szyi, ale również wyprostowuje go, a pobudzając macicę do skurczów powoduje przerost pra-

cujących w ten sposób mięśni macicy, co ma zwłaszcza duże znaczenie w przypadkach niedorozwoju narządu rodnego.

Rurkę taką wyjmuje się przed wystąpieniem następnego perjodu.

W sprawie leczenia uporczywego bolesnego miesiączkowania na drodze operacyjnej zapomocą wycięcia nerwu współczulnego w miednicy małej. (Sur la traitement chirurgical des dysménorrhées rebelles par la résection du sympathique pelvien). Cotte G. *Le Journal Médical Francais T. XVII. Nr. 12, 1928.*

Podkreślając, iż leczenie swe autor poleca tylko dla uporczywych, czynnościowych, nieustępujących przy zwykłem leczeniu przypadków radzi on postępując operacyjnie wycinać t. zw. plexus hypogastricus superior (nervus praesacralis Latarjeti) uważając, że nadmierne pobudzenie lub pobudliwość nerwu współczulnego jest istotną przyczyną bolesnego miesiączkowania. Mimochodem wspomina C. o badaniach *Kraul'a*, ktory wykazał. że hormon pęcherzykowy jest wagotoniczny, a hormon ciałka żółtego—sympatykotoniczny; stąd wzrost pęcherzyka jest pod wpływem nerwu błędnego, a wzrost ciałka żółtego—nerwu sympatycznego. Postępowanie autora w 40 przypadkach (wycięcie plexus hypogastricus super.) dało we wszystkich wynik dobry.

Bolesne miesiączkowanie wywołane przez nadmierne przodozgięcie, jego stosunek do Douglassitis. Patogeneza i leczenie. (La dysmenorrhée par anteflexion-uterine ses raports avec la Douglassite. Pathogenie et traitement). Condamin R. *Le Journal Médical Francais Nr. 12, T. XVII.*

Autor upatruje w niektórych przypadkach przyczynę nadmiernego przodozgięcia macicy w Douglassitis. Pod pojęciem „Douglassitis" autor rozumie zmiany zapalne toczące się w tkance podotrzewnowej, a wywołane przez schorzenie otrzewnej zatoki *Douglasa*. Zapalenie wyrostka robaczkowego, woreczka żółciowego, przydatków — wszystko to wywołuje zapalny stan otrzewnej w najniższym jej punkcie—zatoce *Douglasa*, a stąd schorzenie przechodzi na więzadła krzyżowo-maciczne i tkankę podotrzewnową, w związku z powyższym powstaje bolesne miesiączkowanie.

Rozpoznanie opiera się na skrócenie pochwy, spłaszczeniu tylnego sklepienia, skróceniu więzadeł krzyżowo-macicznych, bolesności przy lekkim poruszaniu części pochwowej ku przodowi. Zazwyczaj łączą się z temi objawami miejscowemi zaburzenia odległe, jak to: nerwica serca, bóle w okolicy żołądka, zaburzenie psychiczne; jak również oziębłość płciowa, dyspareunia, niekiedy pochwica.

Leczenie polega na masażu ginekologicznym popartym kolumnizacją, w związku ze zwężeniem szyjki — na rozszerzeniu światła tejże zapomocą rozszerzadeł *Hegara* stopniowem, na paru seansach (oczywiste w znieczuleniu miejscowem nowokainą wstrzykniętą obok szyjki do przymacicza). Istniejący zazwyczaj obok powyższych schorzeń stan zapalny śluzówki macicy autor leczy przestrzykiwaniami macicy zapomocą rozczynów jodu, a także wycieraniem jamy macicy wacikiem zmoczonym w jodynie. Autor zaleca w leczeniu „Douglassitis" umiejętne założenie krążka. (Autor, jak się zdaje, opisuje pod nazwą „Douglassitis" — pojęciem anatomo-patologicznie nie zrozumiałem — stan zapalny raczej przymacicza tylnego, czyli więzadeł krzyżowo-macicznych, który powstaje, jak się zdaje, w sposób zupełnie inny — przyp. referenta).

Rozpoznanie i leczenie niepłodności kobiecej. (Diagnostic et traitement de la stérilité feminine). Hamant A. prof. *Revue Francaise de Gynécologie et d'Obstetrique Nr. 2. r. 1929.*

W długim artykule, mającym raczej charakter wykładu, nie podaje autor nic nowego, opuszcza natomiast kilka ważnych kwestji niezmiernie ciekawych i niewyjaśnionych, jak nprz. objaśnienie niepłodności kobiecej w przypadkach drożności trąbek i braku innych jakichkolwiek anatomicznych przyczyn.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE i WENERYCZNE.

Zapalenie tętnicy płucnej kiłowe u chorego sercowego. (Arterite pulmonaire syphilitique chez un cardiaque noir). Caussade i Tardieu André. *Bull. et mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris. Nr. 18. Str. 811 — 878 1928.*

Przy zwężeniu otworu mitralnego często spostrzega się objawy zapalne ze strony tętnicy płucnej (arteriitis pulmonalis); autorzy sądzą, że występuje to często na tle kiły. W spostrzeganym przez autorów przypadku przypuszczenie to zostaje potwierdzone przez obecność zmian histologicznych w naczyniach oraz przez obecność zmian w płucach i na opłucnej — odpowiadających cortico-pleuritis Lettulle—Dalsaca.

Sprawa dotyczyła 40-letniego chorego z silną sinicą (cardiaque noir) spostrzeganego przez autorów w ciągu 4 lat; obraz kliniczny typowy dla wady mitralnej z przewagą zwężenia; środki nasercowe nie odnosiły pożądanego skutku. Badanie pośmiertne nie wykazało zmian w tętnicy głównej, natomiast w rozgałęzieniach tętnicy płucnej znaleziono zmiany typowe dla kiły—mesarteriitis, periarteriitis, endarteritis. Pod opłucną widoczne były nacieki ze sklerotycznemi zmianami w otoczeniu.

Owrzodzenie palców nóg wywołane kiłowemi zmianami tętnic. (Ulcerations des orteils par arterite syphilitique ameliorées par le traitement). Milian i Launay. *Bull. de la Soc. fr. de Derm. et de Syph. Nr. 5. 1928.*

U 57 letniego mężczyzny od 10 miesięcy obecne są na palcach nóg symetryczne owrzodzenia dochodzące do ścięgien. Silne nocne bóle kostne. Nierównomierność źrenic, osłabienie reakcji ich na światło; leukoplakja na wargach. Rtęć podana dożylnie dała szybki wynik leczniczy. Istota sprawy polega na stanie zapalnym drobnych naczyń na tle kiły.

Leczenie tocznia pospolitego rozmaitemi sposob mi—łyżeczkowanie, przyżeganie, wycinanie. (Traitement du lupus tuberculeux. Resultats comparès des divers

procèdes: Curetage, cauterisation, greffes, exerèse simple). Louste i Thibaut. *Bull. de la soc fr. de Derm. et de Syphil. Nr. 5, 1928.*

Autorzy spostrzegali dwa przypadki tocznia u chorych, którzy byli leczeni rozmaitymi metodami, wyniki najszybsze i jednocześnie najlepsze z punktu widzenia kosmetycznego osiągano na ogniskach, które wycięto w całości, brzegi zaś rany zeszyto. Zdaniem autorów tego rodzaju chirurgiczne leczenie winno być jaknajczęściej stosowane.

Próby leczenia tocznia antigenem metylowym stosowanym miejscowo. (Essai de traitement du lupus vulgaire par l'antigene methylique appliqué localement). Hufschmidt. *Bull. de la Soc. fr. de Derm. et de Syphil. Nr. 6, 1928.*

Autor przygotował maść zawierającą antigen metylowy, podłożem maści była lanolina lub euceryna; domieszki kwasu salicylowego lub resorcyny i t. d. zmieniają skład maści wpływając na antigen. Autor wyprobował ten sposób na 8 chorych, a czas spostrzegania wynosił 3—7 miesięcy. Sposób stosowania polegał na codziennych, lub w przypadkach dużych ognisk co 3—4 dziennych wcieraniach w schorzałe miejsca — omawianej maści. W 3 przypadkach wyniki nie były zachęcające, w 3 przypadkach ogniska się nieco przypłaszczyły. W 2 przypadkach wynik leczenia był bardzo dobry—schorzałe miejsca zabliźniły się, powstała przy tem biała ładna blizna.

Toczeń rumieniowaty leczony solami złota. (Lupus érythemateux évoluant depuis quatre années. traité et très amèliorè par des injections intraveineuses d'un sel d'or). Pinard, Vernier Versini. *Bull. de la Soc. Franc de Derm. et de Syphil. Nr. 6, 1928.*

Autorzy opisują przypadek tocznia rumieniowatego uleczonego prawie całkowicie po 8 wstrzykiwaniach Triphalu (przetwór złota). Ożywiona dyskusja, która rozwinęła się po tym pokazie zasługuje na wzmiankę: *Paulrier, Clement. Simon i Burnier* spostrzegali przypadki nader podatne na stosowanie złota (stosowali oni najczęściej Chrysalbinę i Thiocrysinę). *Burnier* twierdzi, że z liczby 32 chorych na lup. eryth,—20 udało się uleczyć przetworami złota u 7 chorych nastąpiło polepszenie; pozatem spostrzegał on uleczenie 2 przyp. łuszczycy oraz dwuch z pośród czterech przypadków gruźlicy (toczeń i gruźlica gruczołów chłonnych).

Spostrzegano jednak również i ciężkie powikłania, tak nap. *Jansion* opisuje przypadek gruźlicy skóry u chorego, u którego po szóstem wstrzyknięciu Chrysalbiny wystąpiła erythrodermja zakończona śmiercią chorego.

Paulrier spostrzegał dosyć często podrażnienie nerek, w jednym zaś przypadku zapalenie skóry (u chorego na łuszczycę).

Simon i *Nicolas* spostrzegali przemijające podrażnienie skóry, które nie miały jednak ciężkiego przebiegu; w kilku przypadkach spostrzegał tu ostatni autor zapalenie śluzówki jamy ustnej. Ze względu na obecność tego rodzaju powikłań stosowanie złota powinno być dozwolone jedynie u chorych szpitalnych.

Wielopalcowość u niemowlęcia obarczonego kiłą dziedziczną. (Polydactilite probablement hèrèdo-syphilitique chez un nourrisson.) Gardère, Chassard i Weil. *Lyon méd. t. 141.*

Autorzy spostrzegali oseska z licznymi zmianami kośćca paliczków i garści; kości były zgrubiałe. przypominały spina ventosa, brakło jednak ropienia. Odczyn skórny tuberkulinowy był dodatni. Rozpoznanie różniczkowe spraw gruźliczych i kiłowych w tego rodzaju zmianach może być bardzo trudne; rozstrzyga obraz rentgenowski, bowiem w sprawach kiłowych istnieje stan zapalny i kostnienie okostnowe—periostitis ossificans.

Padaczka i kiła wrodzona, (Epilepsie et hèrèdo-syphilis chez un garçon de 20 ans). Pallasse i Bussy. *Lyon méd. t. 141,*

U 20 letniego młodzieńca chorego na padaczkę spostrzeżono objawy kiły wrodzonej (zęby *Hutchinsona*, wysokie podniebienie), dodatni odczyn *Wassermanna* we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym. Pozatem dosyć silna leukocytoza w płynie mózgowordzeniowym.

Możliwem jest, że padaczka powstała u chorego na tle zmian swoistych, za czem przemawiają poważne zmiany w składzie płynu mózgowordzeniowego. Leczenie swoiste w tego rodzaju przypadkach może dać wynik pomyślny, zwłaszcza, że u chorego nie wystąpiły jeszcze objawy otępienia; napady obecnie są jeszcze rzadkie. *Tournier* widywał w tego rodzaju przypadkach dobre wyniki po stosowaniu leczenia swoistego.

Alergja i superinfekcja w kile. (Allergie et superinfection dans la syphilis.) Bizozero i Bernucci. *Ann. de derm. et de syph. Nr. 7, 1928.*

Autorzy dokonywali licznych szczepień kiłowego materjału osobnikom chorym na kiłę; stosowali oni surowicę zawierającą krętki ponieważ szczepienie tkanki może wywołać wytwarzanie się nieswoistych zmian zapalnych.

Surowica zawierająca żywe krętki wywołuje odczyny skórne silniejsze od surowic ogrzanych w celu zniszczenia krętków. Odczyny powstające po surowicy zawierającej krętki nie są równoległe do odczynów z surowicą końską i tuberkuliną.

Wykwity powstające po szczepieniu żywych krętków mają początkowo cechy nieswoistych odczynów reakcyjnych; Po 3-4 dniach zmiany zapalne zaostrzają się i wykwit staje się podobny do wykwitów kiłowych; tak przebiega sprawa w większości przypadków kiły drugorzędnej. W kile trzeciorzędnej wykwity od początku są bardzo silne, stopniowo zaś stają się podobne do wykwitów kiły trzeciorzędnej.

W rzadszych przypadkach okres reakcji nieswoistej mija i po nim nie następuje wytwarzanie się wykwitu o charakterze swoistym. Wykwity podobne do swoistych nie występują nigdy po stosowaniu materjału niezawierającego żywych krętków bladych.

Okres wylęgania jest tem dłuższy, im kiła trwa dłużej, a charakter odczynu jest charakterystyczny dla okresu choroby. W przypadkach wiądu rdzenia odczyny dodatnie są nader częste, w przeciwieństwie do rzadkości ich w porażeniu postępującem. Liczba i pochodzenie krętków wydaje się mieć zna-

czenie, bo odczyny wywołane w tym samym czasie u jednego osobnika, ale przez ekstrakty rozmaitego pochodzenia są bardzo rozmaite.

Odczyn ogranicza się zazwyczaj do zmian w miejscu szczepienia, rzadziej występuje zakażenie na obwodzie (guzeczki). Czasami występuje obrzęk odpowiedniej grupy gruczołów chłonnych i odczyny ogólne w postaci osutek kiłowych.

Autorzy sądzą, że przy superinfekcjach krętki znacznie częściej dostają się do ustroju niżli dotąd sądzimy, brak zaś odczynu tłomaczyć trzeba odpornością skóry.

Gościec rzeżączkowy leczony szczepionkami. (Quelques cas de rhumatisme blenorragique traités par les lysats vaccins). Bezançon, Conte, Duchon i Bucquoy. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris.*

Leczenie gonokokowych zapaleń stawów należy do problematów trudnych, niektórzy (*Mondor*) polecają zabieg operacyjny z wczesnem uruchomieniem.

Autorzy stosowali szczepionkę (lysa-vaccin) przygotowaną w następujący sposób. Obfite hodowle gonokoków zostają spłukane buljonem i zebrane w kolbie; koncentrację ich reguluje się na 6 miljardów w 1 ccm. Do tej hodowli wprowadza się prątka ropy błękitnej, pod wpływem tego ostatniego następuje „lysa" gonokoków. Sączy się przez sączek porcelanowy szczepionkę gotową po tem do użycia w ilości 1 ccm. — podskórnie lub lepiej domięśniowo (czasem dawkę można powiększyć do 1 — 1.5 — 2.0 cm. — 3 ccm.).

Odczyny ogólne i miejscowe po stosowaniu tej szczepionki są słabe; powikłań autorzy nie spostrzegali.

Szczepionkę stosowano u 26 chorych z dobrym wynikiem; ból zmniejsza się lub ustępuje już po 1 — 2 wstrzyknięciach; wysięk zmniejsza się; stan ogólny chorego polepsza się. Czasem jednak spostrzega się przypadki oporne.

Rumień guzowaty wrzodziejący. (Un cas d'erytheme noueux avec phlyctenisation et ulcèration des nouures). Garnier i Berdet. *Bull. et méd. de la Soc. med. des Hôpit. de Paris. 1929.*

Rumień guzowaty — erythema nodosum — zazwyczaj nie ropieje i nie wrzodzieje; jest to jedną z cech tak znamiennych dla tego schorzenia, że obecność ropienia do pewnego stopnia wyklucza rumień guzowaty.

W przypadku autora ropienie nastąpiło — u chorego 42 lat, spostrzeżono obecność typowych zmian rumienia guzowatego na kończynach dolnych. Stan ogólny chorego był upośledzony, chory gorączkował i miał silne bóle głowy, 4 dni po wystąpieniu rumieni spostrzeżono obecność drobnych pęcherzyków na wykwitach, a po upływie jeszcze 4 dni nagle wystąpiło silne ropienie guzów.

Badanie bakterjologiczne wykazało, że płyn ropni jest jałowy, posiew ze krwi dał wynik ujemny.

Uraz a nabłoniaki. (Traumatisme et cancers èpithèliaux). Ladreyt. *Bull de l'Assoc. Franç pour l'étude du Cancer, Nr. 4, 1928.*

Autor opisuje trzy przypadki rozwoju nabłoniaków w następstwie urazów. W jednym przypadku po zadrapaniu twarzy kolcami drutu w miejscu zranienia nastąpił rozwój nabłoniaka; w drugim przypadku po urazie czaszki w okolicy skroni wystąpił nabłoniak; w trzecim zaś obserwowano rozwój chondromy w okolicy krzyżowej — również w następstwie urazu.

Zmiana cech biologicznych komórki i nabycie przez nią zdolności do rozrostu nowotworowego może nastąpić pod wpływem bodźców fizyko - chemicznych.

(La formol — gêlification dans la syphilis éxperimentale du lapin). Lèpine. *Cmpt rend. Soc. de Biol. 1928.*

Autor zbadał 117 surowic dla porównania metody podanej przez *Gaté i Papacostosa* z odczynem Meinickiego. Z doświadczeń autora wynika, że odczyn ten w doświadczalnej kile królika nie może mieć zastosowania w odróżnieniu od odczynu M.

Stosowanie spirytusu kamforowego w dermatologji. (L'alcool camphrè en dermatothèrapie). Brocq. *Presse med. str. 1211 1928.*

Na podstawie 52 letniego doświadczenia zmarły przed kilkoma miesiącami znany dermatolog francuski *Brocq* poleca stosowanie spirytusu kamforowego (100.0 gr. kamfory rozpuszcza się w 900 gr. 90 wyskoku) jako dobrego środka odkażającego; w szczególności poleca on ten środek w ropnych zakażeniach skóry, czyrakowatościach i stafilodermjach. W przypadkach trądzika pospolitego dobre wyniki daje mieszanina wymienionego wyskoku z eterem w równych częściach. Dobre wyniki uzyskiwał autor stosując spirytus kamforowy jako środek odkażający po wyciśnięciu molluscum contagiosum.

Wysypki skórne wywołane przez leki zawierające para - phenylen-di-amine. (Les èruptions causèes par les teintures à base de chlorhydrate de para-phenylènediamine et de diamino-phènol). Brocq. *Presse med. str. 1115, 1928.*

Nalewki zawierające para — phenylen—diaminę często używane są do farbowania włosów; zaznaczyć jednak należy, że w wielu krajach środek ten jest zakazany. Osutki występujące przy stosowaniu tych nalewek są bardzo rozmaite, najczęściej są to szybko występujące bardzo znaczne obrzęki twarzy i szyji a nawet całego tułowia. Najsłabszą postacią uszkodzenia skóry jest zaczerwienienie i złuszczanie się skóry na małżowinach usznych oraż obrzęk powiek; często wygląd ogólny twarzy przypomina bardzo różę, to też na tem tle błędy rozpoznawcze są częste. Brocq zwraca uwagę na technikę samego farbowania włosów — zazwyczaj przed farbowaniem włosy dokładnie odtłuszcza się myciem mydłem, a nawet i amonjakiem (słabe rozczyny); to ostatnie drażni nieco skórę i powoduje częstsze uszkodzenia.

Obrzęk kończyn na tle zaburzeń wewnątrzwydzielniczych. (Oedeme des quatre membres d'origine dysendocrynienne. Guèrison par l'opotherapie.) Vaucher. *Bull. et mem. de la Soc. med, des Hôp. de Paris. T. 44. Nr. 19.*

U 39 letniego mężczyzny, z zawodu dyrektora przedsiębiorstwa przemysłowego, przed 6 laty wystąpił ból kolan, a wkrótce potem obrzęk kończyn dolnych i górnych. Skóra przypominała zmiany spotykane przy twardzieli skóry, stawy nie były zmienione; poza polyglobulją zmian w narządach wewnętrznych nie stwierdzono. Leczenie przetworami tarczycy i przysadki spowodowało ustąpienie zmian na kończynach. Polyglobulja ustąpiła pod wpływem naświetlania śledziony promieniami X.

Pierwotna zgorzel skóry. (Gangréne cutanèe primitive ou essentiéle). Bonnet. *Lyon med. str. 181. 1928.*

Przypadki zgorzeli pierwotnej są bardzo rzadkie. Autor spostrzegał 2 przypadki. W jednym u 1½ rocznego dziecka wystąpiły surowiczo krwawe pęcherze na pośladkach i w okolicy krzyżowej; po przepęknięciu pęcherzy pozostały głębokie ubytki, które stopniowo zabliźniły się.

Podobne zmiany spostrzegał autor u 20 letniego młodzieńca: u niego jednak prócz wykwitów na pośladkach były pęcherze rozsiane na skórze tułowia.

Czynniki zwiększające i upośledzające odczyny alergiczne skóry (Stimulateurs et inhibiteurs de la fonction immunisante de la peau). Woringer i Brusset. *Cpt. rend. d. la Soc. de biol. T. 99, str, 845.*

Autorzy szczepili na dwuch symetrycznych miejscach skóry noworodków krowiankę. Na jedno z tych miejsc uprzednio stosowano rozmaite zabiegi fizyczne lub przykładano rozmaite chemikalja. Z doświadczeń autorów wynika, że 1) jako czynniki pobudzające zdolność odczynową skóry działają promienie pozafiołkowe, ciepło, naświetlana ergosteryna (w słabym stopniu), mentol. 2) wpływ upośledzający wywierały: zimno i guajakol. 3) bez wpływu były kamfora i pyramidon.

Zakażenia biotropowe i zakażenia rozmaitemi drobnoustrojami; próba wytłomaczenia pochodzenia powikłań mikrobowych. (Infèctions biotropiques et associations morbides. Essai d'interprétation des maladies secondes.) Jausion, Pecker i Mèersieman. *Presse med. Nr. 97, str. 1475. R. 35.*

Milian stworzył pojęcie biotropizmu, które oznacza pobudzenie przez rozmaite czynniki fizyczne i chemiczne — nieczynnych ognisk mikrobowych istniejących w ustroju. Przykładami tego biotropizmu z dziedziny dermatologji są szkarlatynowate osutki występujące po podaniu rozmaitych leków — neoarsenobenzolu, rtęci, veronalu i t. d. Osutki te zdaniem *Miliana* są nie tylko szkarlatynowate—lecz są rzeczywistą płonicą pobudzoną przez podany lek. Analogiczne zjawisko spostrzegamy często w przebiegu kiły czynnej, kiedy po podaniu leku przeciwkiłowego następuje przemijające powiększenie wykwitów.

Autorzy starają się wytłomaczyć występowanie opryszczka w przebiegu niektórych chorób gorączkowych — zjawiskami biotropizmu. Dawniej, gdy etjologja opryszczka (herpes febrilis) nie była znana, tłomaczono jego obecność wpływami toksycznemi i naczynioruchowemi; jady wydzielane przez rozmaite bakterje, jak sądzono, mogły uszkodzić komórki naskórkowe. Obecnie, kiedy wiemy, że opryszczek jest samoistną chorobą zakaźną tego rodzaju tłomaczenie nie wytrzymuje krytyki; sądzić raczej należy, że jady wydzielane przez bakterje pierwszego schorzenia (dur, zapalenie płuc) pobudziły do życia istniejące w ustroju zarazki opryszczka.

Autorzy sądzą, że cały szereg chorób „wtórnych" (powikłania) ma ten sam mechanizm powstawania: np, rumień wielopostaciowy, trądzik i t. d.

Obecność dwuch rozmaitych barwików w barwikowych zmianach w cukrzycy. (Les deux pigments du diabète bronzè.) Loëper, Rovier i Lesure. *Presse med. str. 1491, 1928.*

Barwikowe zmiany w przebiegu niektórych postaci cukrzycy (diabète bronzé) zależne są od obecności dwuch barwików—z nich jeden zawiera żelazo jest za tem krwiopochodny, drugi zaś jest czystą melaniną. Pozatem ilość barwika zawierającego żelazo jest bardzo znaczna w niektórych narządach jak np. w wątrobie. Autorzy sądzą, że na podstawie określenia ilości siarki można sądzić o zwiększeniu się melaniny (jest błędne -- ref.) i dlatego określali ilość siarki w skórze jednego chorego — ilość ta wynosiła 39‰ zamiast prawidłowej liczby 1.0—2.45‰. Również i ilość siarki w tkance wątroby była powiększana, na tej podstawie autorzy sądzą że w „diabète bronze" powiększona jest ilość melaniny (prócz obecności barwika krwiopochodnego).

Zmiany na skórze i błonach śluzowych w następstwie stosowania sanokryzyny. (Accidents cutanés et muqueux determinés par la sanocrisine). Goté i Barral. *Lyon med. str. 431, 1928.*

U 25 letniej chorej po 6-em i 7-em wstrzyknięciu „Thiocrysyny" (— sanokryzyna) wystąpiły rozległe wykwity przypominające „wytrysk łojotokowy" umieszczone na skórze tułowia. Na błonie śluzowej języka i jamy ustnej wystąpiły wykwity podobne do liszaja czerwonego.

Zimne ropnie pochodzenia gronkowcowego. (Gomomes et abscès froids staphylococciques). Milian. *Rev. franç de la derm. et de vénereo. str. 19 1929.*

Autor spostrzegał osobnika chorego na kiłę u którego od 15 lat powstają w tkance podskórnej nacieki ulegające ropieniu i rozpadowi. Chory gorączkuje nie tylko w okresach, kiedy omawiane ropnie powstają, lecz również czasem w okresach wolnych od omawianych ropni. Klinicznie ropnie przypominają kilaki lub ropnie zimne a czasem nawet spotykane w sporotrichosis.

Jednakże leczenie swoiste pozostawało bez wpływu na omawiane ropnie, a jodek potasu przyspieszał nawet ropienie; szczepienie ropy morskiej śwince i innym zwierzętom dawało wynik ujemny.

Przy nakłuciu otrzymywano ropę zawierającą gronkowce. Leczenie szczepionkami dało dobry wynik.

Autor sądzi, że w następstwie karbunkułu, który był u chorego przed laty pozostało przewlekłe zakażenie ustroju gronkowcami, dzięki czemu od czasu do czasu powstają ropnie.

M. Grzybowski.

BIBLJOGRAFJA.

Podręcznik techniki odczynów serologicznych w kile. Prècis de technique du sero-diagnostic de la syphilis. Demanche. *Paryż. Gaston Doin et Cie. 1928 str. 123 Fr. fr. 14.*

Bardzo praktyczna i treściwa ta książeczka zawiera wszystkie potrzebne wskazówki praktyczne dla osób pragnących nauczyć się serologji; może ona służyć również i jako podręczne kompendjum. Rozdział traktujący o istocie i podstawach odczynów serologicznych pomimo swej krótkości dobrze wyjaśnia znaczenie wszystkich pojęć potrzebnych dla zrozumienia mechanizmu odczynów wiązania dopełniacza; jest przy tem uwzględniona ewolucja poglądów na odczyny serologiczne, które początkowo ujmowane były jako przejaw procesów odpornościowych, potem zaś jako wynik zmian fizyko-chemicznych zachodzących w surowicy; stąd logicznie wynika geneza odczynów kłaczkujących.

Potrzebne odczynniki i ich przygotowanie jest wyszczególnione bardzo skrupulatnie; również przytoczone są przejrzyste schematy dla rozłożenia probówek i przeprowadzenia odczynu wiązania dopełniacza. Prawie wszystkie znane modyfikacje odczynu wiązania dopełniacza się uwzględnione — a zatem technika oryginalna Wassermana, metodyka Calmett'a i Marsola, Demoulièra, Jacobsthala, Mutermilcha i Latapie, Ronchésa i Debaina. Wymieniona jest technika niektórych odczynów kłaczkujących — Sachsa — Georgiego, Meinickiego, Vernes'a. Na zakończeniu książeczki przytacza autor metody serologiczne stosowane dla badania płynu mózgowordzeniowego.

M. Grzybowski.

Crouzon: Le syndrome épilepsie — *Doin. str. 264. Paris. 1929. 55 franków.*

W bardzo przejrzyście napisanej monografji jeden z najwybitniejszych epileptologów francuskich rozwija współczesne poglądy na padaczkę. Część pierwsza jest poświęcona klinice zespołu padaczkowego; kolejno autor omawia zespół zwiastunów napadu, zespoły ruchowe kompletny i niekompletny (petit mal), zespoły czuciowe (równoważniki), zespół psychiczny, zespół Jacksonowski; stan padaczkowy. W rozdziale drugim autor zajmuje się etjologją padaczki, analizując ją szczegółowo u dziecka, u dorosłego, u starca, oraz wpływ urazu na powstawanie padaczki (padaczka urazowa).

Następne dwa rozdziały traktują o anatomji patologicznej i fizjopatologji zespołu padaczkowego. Ostatni wreszcie rozdział jest poświęcony leczeniu padaczki. Oprócz omówienia ogólnie przyjętych środków, jak brom, gardenal, wzgl. luminal oraz sole boru, przytacza autor szereg prób z innemi lekami, częściowo uwieńczonemi powodzeniem, oraz szczegółowo omawia wskazania hygieniczne, których przestrzeganie jest niezbędne w padaczce. Na zakończenie roztrząsa zagadnienia sądowo-lekarskie i społeczne (odpowiedzialność karna, małżeństwo i t. p.). Praca, oparta na nie zwykle sumiennem zestawieniu dotychczasowych publikacji z zakresu padaczki, napisana przez doskonałego znawcę tego cierpienia, zasługuje na jaknajszersze rozpowszechnienie nie tylko w gronie neurologów, albowiem każdy lekarz praktyk znajdzie w niej szereg cennych wskazówek.

St. Leśniowski.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski* Wydawca: *L. Nasierowski.*
Adres redakcji i administracji Warszawa, Piękna 62 tel. 124-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU

ANTIPYRETICVM
ANALGETICVM

CRYOGÉNINE LUMIÈRE

Żadnych ubocznych działań



I

NAJŁAGODNIEJSZE i NAJPEWNIEJSZE DZIAŁANIE

przeciwgorączkowe

SZCZEGÓLNIE W

gruźlicy.

DAWKOWANIE: *DOROŚLI* 1,0—2,5 grm. „PRO DIE".
DZIECI: ZALEŻNIE OD WIEKU.

II

NAJSKUTECZNIEJSZY ŚRODEK

przeciwbólowy

W DAWKACH WIĘKSZYCH 2,0 — 3,0 DZIENNIE

(w DNIE, POSTRZALE, NERWOBÓLACH, MIGRENIE i t. p).

POSTĄCI:

Pulvis Cryogénine do receptury: proszków, czopków, pigułek, zawiesin i t. p.

Comprimés { **Cryogénine** à 0,50 grm.
Cryogénine „ 0,25 „

W rurce 10 tabletek.

Cachets { **Cryogénine** à 0,50 grm.
Cryogénine „ 0,25 grm.

W rurce 10 opłatków.



Obecna cena dla aptek w/g taksy aptekarskiej za **10 gr.** wynosi **1 zł. 20 gr.**